

ORIGINAL BREVE

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE ORIGEN Y DE LA FAMILIA FORMADA POR LAS MÉDICAS Y LOS MÉDICOS DE FAMILIA DE ANDALUCÍA

Ana Delgado (1), Lorena Saletti Cuesta (1), Luis Andrés López-Fernández (1), Juan de Dios Luna (2), Inmaculada Mateo Rodríguez (1) y Juan Manuel Jiménez Martín (1).

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública.

(2) Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

RESUMEN

Fundamentos: Las características de familia de origen y familia formada se relacionan con la carrera profesional de los/las profesionales de la medicina. El objetivo es describir, por sexo, las características de la familia de origen y de la familia propia o formada de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía.

Métodos: Diseño transversal, multicéntrico. Emplazamiento: Centros de salud urbanos (CS) de capitales andaluzas. Participantes: MF de CS. Inclusión: mínimo un año utilizando la historia clínica informatizada y con el mismo cupo de pacientes. Muestra aleatoria polietápica, 88 CS y 500 médicas y médicos de familia, 50% de cada sexo ($\alpha=5\%$, potencia=90%, precisión=15%). Cuestionario postal autoadministrado. Variables: sexo, edad, formación postgraduada en medicina de familia, acreditación como tutor/a de residentes de formación postgraduada en medicina de familia, última ocupación de padre y madre, número hermanos/as, situación familia formada, última ocupación de pareja (si procede), hijos/as (si/no).

Resultados: Respuesta: 73,6%, sin diferencias por sexo ni por acreditación como tutor/a de residentes de medicina de familia con o sin respuesta. Médicas 49,5±4,3 años, médicos 51,3±4,9 años ($p<0,005$). Formación postgraduada en medicina de familia: médicas 42,2%, médicos 33,3% ($p=0,016$). Viven solas/os 6,1% de médicas y 2,7% de médicos ($p=0,005$), viven solas/os con hijos/as 9,9% de médicas y 2,2% de médicos ($p=0,005$). 16,5% de médicas y 10,2% de médicos sin descendencia ($p=0,077$). Trabajan sólo en el hogar 21,1% de parejas de médicos y 0,1% de parejas de médicas ($p<0,005$). Ejercen la medicina 46% de parejas de médicas y 22% de parejas de médicos ($p<0,005$). No hay diferencias en ocupación de progenitores ni en número de hermanos/as.

Conclusiones: En nuestro medio no existen diferencias en la familia de origen entre las médicas y los médicos de familia. Sin embargo, se observan diferencias importantes en algunas características de la familia formada por ambos grupos.

Palabras Clave: Médicos/as de familia. Características familiares. Mujeres médicas.

ABSTRACT

Characteristics of the Family of Origin and Family Formed by Women and Men Primary Care Physicians of Andalusia, Spain

Background: The origin and formed family characteristics are related to physician's professional career. The purpose of this study was to know and compare by sex the characteristics of the origin family and formed family of women and men family physician in Andalusia.

Methods: Cross sectional and multicenter study. Setting: Urban primary health care centres from Andalusian province capitals. Participants: Physician of primary health care centres. Inclusion criteria: at least one year using computerized medical history with the same quota patients. Multistage random sample, 88 primary health care centres and 500 physicians, 50% of both sexes ($\alpha=5\%$, power=90%, precision=15%). Postal auto administered questionnaire. Variables: sex, age, tutor of resident in family medicine, last father's activity, last mother's activity, number of brothers or sisters, family situation, last couple's activity (if any), to have or not children.

Results: 73, 6 % responses. In no responses there weren't differences of sex neither tutor of resident in family medicine. Mean age: women physicians 49, 5 ± 4, 3 and men physician 51, 3 ± 4, 9 ($p<0,005$). Postgraduate formation in family medicine: 42, 2% of women and 33, 3% of men ($p=0,016$). Live alone: 6, 1% of women physician and 2, 7% men physician ($p=0,005$). Live alone with children 9, 9% of women and 2, 2% of men ($p=0,005$). 16, 5% of women and 10, 2% of men don't have children ($p=0,077$). 21, 1% of men physician's couples work only at home vs. 0, 1% of women physician's couples ($p<0,005$). 46% of women physician's couples is also physician vs. 22% of men physician's couples ($p<0,005$). No significant differences registered in parent's activities neither in the number of brother or sisters.

Conclusion: There are no significant differences in physician's origin family. However important differences in the characteristics of formed family are observed in both sexes.

Key Words: Family physician. Family Characteristics. Physicians. Women. Gender.

Correspondencia:
Ana Delgado Sánchez.
C/ Alquería, 66.
18010 Granada. España
ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es

Fuente de financiación: Ayuda económica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expediente: 0020/2006). Ayuda económica del Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente: P1071176)
Sin conflicto de intereses

INTRODUCCIÓN

El estudio de la carrera profesional de las mujeres, particularmente de las médicas, ha estado orientado fundamentalmente al análisis de los factores sociales y organizativos que determinan sus posibilidades para incorporarse, permanecer y promocionarse en la profesión, y el papel de los factores psicosociales del entorno inmediato de la persona que se relacionan con las actitudes, valores y conductas transmitidas a través de la socialización¹ se ha investigado en menor medida.

Algunos estudios realizados en diferentes países muestran la importancia de las características familiares para la carrera profesional y su diferente impacto en médicas y médicos. La familia de origen es importante para el desarrollo profesional de médicas y médicos. Factores como el nivel educativo de los progenitores, su ocupación y la importancia otorgada a la educación, tienen gran influencia en la carrera profesional. Diversos estudios indican que para las mujeres el acceso a los estudios superiores está determinado por su pertenencia a una familia de clase media/alta²⁻⁴ que, además, se caracteriza por ser de tamaño reducido⁴⁻⁶.

También hay características de la familia formada que son relevantes para médicas y médicos, como la profesión y/o la ocupación de la pareja. Un estudio realizado en Francia señala que la elección de pareja por las médicas confirma su estatus social, ya que un alto porcentaje de las mismas tiene un cónyuge con estudios superiores, muchos de ellos médicos⁴. En España este hecho se ha observado también en diversas profesiones no sanitarias^{5,6}.

En relación a la situación de la familia formada por médicos y médicas se ha observado que ellos viven en pareja con hijos o hijas en mayor proporción que ellas^{4,7}, y los porcentajes de médicas que

viven solas son superiores tanto en ámbitos de atención sanitaria⁸⁻¹¹ como en ámbitos académicos¹². También son más frecuentes las médicas sin descendencia que los médicos^{3,7,9,11,12}.

En nuestro país no disponemos de información por sexo sobre la situación familiar de los profesionales de la salud.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio destinado a conocer la actividad asistencial y profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía.

El objetivo de este trabajo es describir, por sexo, las características de la familia de origen y de la familia propia o formada de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Unidad de análisis: la población de estudio son las médicas y los médicos de familia (MF) que trabajan en los 118 centros de salud (CS) urbanos de las capitales andaluzas. Se adoptaron dos criterios de inclusión para homogeneizar las características asistenciales de la muestra: llevar como mínimo un año trabajando con el mismo el cupo de pacientes y un año utilizando la historia clínica informatizada de atención primaria obtenida a través del Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria. (Diraya). Se hizo un muestreo aleatorio por etapas, siendo la primera etapa 88 CS con más de un año usando Diraya, y la segunda la selección del listado nominal de 4 a 6 MF por CS según el tamaño de su plantilla (4 MF en 8 CS, 5 MF en 12 CS y 6 MF en 68 CS). Se confirmó telefónicamente con la dirección del CS la permanencia de un año con el mismo cupo de los MF seleccionados; segunda etapa de 500 MF (alfa=5%,

potencia=90%, precisión=15%), se forzó la representación por sexo al 50%.

Las variables de estudio fueron sexo; edad, formación postgraduada en medicina de familia (MIRMF), acreditación como tutor/a de residentes de MIRMF, última ocupación del padre y de la madre, número de hermanos/as, situación familiar actual, en caso de convivir en pareja, última ocupación de la misma, tener o no tener hijos/as. Para las ocupaciones se utilizó la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO)¹³, estudiando por separado medicina y enfermería en el caso de madre, padre y pareja. La CNO permite la clasificación de las ocupaciones en clase social¹⁴.

Fuentes de información: a) Cuestionario postal autoadministrado elaborado *ad hoc* para el estudio. La recogida de datos se realizó en el período comprendido entre diciembre-07 y mayo-08 reforzando la recogida en mano para aumentar la tasa de respuesta. b) Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, donde facilitaron quiénes tenían la acreditación como tutor/a de residentes de MIRMF para las 500 personas de la muestra.

Análisis de datos: Se realizó análisis descriptivo por sexo y análisis bivalente, mediante t de student y Chi al cuadrado, para comparar médicos y médicas. El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue de 73,6% sin diferencias por sexo ni por acreditación como tutor/a de residentes de MIRMF, lo que supuso un descenso de la potencia a un 60,3%, para detectar la diferencia deseada.

La muestra estuvo compuesta por 182 mujeres y 186 hombres, con una edad

media de 49,1±4,3 y 51,3±4,9 años respectivamente (p<0,005). El 38,6% de MF estudiados tenía formación MIRMF, 44,2% de las médicas y 33,3% de los médicos (p=0,016).

La media de hermanos/as fue 2,8±1,9 en el caso de la mujeres y 3,2± 2,2 en el de los hombres (p=0,173).

En la tabla 1 se observa la ocupación de las madres. El 78,8% trabajaban sólo en el

Tabla 1

Última ocupación de la madre y del padre de médicas y médicos de familia de centros de salud en las capitales de provincias andaluzas

Ocupación	Madre			P
	Total N (%)	Médicas N (%)	Médicos N (%)	
Clase I Directivas, profesionales	8 (2,5)	4 (2,5)	4 (2,5)	0,867
Clase II Enfermeras Resto	6 (1,9) 34 (10,6)	3 (1,9) 18 (11,2)	3 (1,9) 16 (10,1)	
Clase III Cuadros y mandos intermedios, funcionarias	10 (3,1)	7 (4,3)	3 (1,9)	
Clase IV Trabajadoras cualificadas de industria y comercio	6 (1,9)	4 (2,5)	2 (1,2)	
Clase V Trabaja sólo en el hogar Resto	252 (78,7) 4 (1,3)	123 (76,4) 2 (1,2)	129 (81,1) 2 (1,3)	
Total	320 (100)	161 (100)	159 (100)	
Ocupación	Padre			P
	Total N (%)	Médicas N (%)	Médicos N (%)	
Clase I Médicos Resto	18 (5,5) 46 (13,9)	6 (3,6) 22 (13,3)	12 (7,3) 24 (14,6)	0,825
Clase II Enfermeros Resto	10 (3) 68 (20,6)	5 (3) 35 (21,1)	5 (3) 33 (20,1)	
Clase III Cuadros y mandos intermedios, funcionarios	78 (23,6)	40 (24,1)	38 (23,3)	
Clase IV Trabajadores cualificados de industria y comercio	53 (16,1)	30 (18,1)	23 (14)	
Clase V Trabajadores no cualificados	25 (7,6)	11 (6,6)	14 (8,5)	
Clase VI Autónomos, Fuerzas Armadas, otros casos	32 (9,7)	17 (10,2)	15 (9,1)	
Total	330 (100)	166 (100)	164 (100)	

Tabla 2

Última ocupación de la pareja de médicas y médicos de familia de CS en las capitales de provincias andaluzas

Ocupación	Última ocupación pareja			P
	Total N (%)	Médicas N (%)	Médicos N (%)	
Clase I				<0,005
Medicina	99 (34)	64 (46,4)	35 (22,4)	
Directivos/as, profesionales	52 (17,7)	34 (24,7)	18 (11,5)	
Clase II				
Enfermería	27 (9,2)	0 (0,0)	27 (17,3)	
Propietarios/as, gerentes/as	39 (13,2)	16 (11,7)	23 (14,8)	
Clase III				
Trabajadores/as por cuenta propia y funcionarios/as	29 (9,9)	16 (11,7)	13 (8,4)	
Clase IV				
Trabajadores/as manuales	8 (2,5)	2 (1,4)	6 (3,8)	
Clase V				
Trabaja sólo en el hogar	35 (12)	2 (0,1)	33 (21,1)	
Resto	1 (0,2)	1 (0,7)	0 (0,0)	
Clase VI				
Trabajadores/as autónomos/as, Fuerzas Armadas, otros casos	4 (1,3)	3 (2,3)	1 (0,7)	
Total	294 (100)	138 (100)	156 (100)	

Tabla 3

Situación familiar de médicas y médicos de familia de centros de salud en las capitales de provincias andaluzas

Situación familiar	Total N (%)	Médicas N (%)	Médicos N (%)	P
Vive solo/a	16 (4,4)	11 (6)	5 (2,7)	0,005
Vive en pareja sin hijos/as	36 (9,8)	20 (11)	16 (8,7)	
Vive en pareja con hijos/as	278 (76)	125 (68,7)	153 (83,2)	
Vive solo/a con hijos/as	22 (6)	18 (9,9)	4 (2,2)	
Otras situaciones	13 (3,8)	8 (4,4)	6 (3,2)	
Total	365 (100)	182 (100)	184 (100)	

hogar y 1,9% eran enfermeras, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0,867$). La tabla 1 recoge también la ocupación de los padres. El 8,5% tenía una profesión sanitaria (medicina o enfermería) y no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p=0,825$).

La ocupación de las parejas aparece en la tabla 2, destaca que el 22% de parejas de los médicos trabajaban también en medicina y el 17% en enfermería, y para las médicas el 46% trabajaba en medicina ($p<0,005$).

La tabla 3 muestra que la situación familiar de la familia formada es diferente por sexo, vivían solas el 6,1% de las médicas frente al 2,7% de los médicos y solas con hijos y/o hijas el 9,9% de las médicas frente al 2,2% ($p=0,005$). El 16,5% de médicas no tiene descendencia frente al 10,2% de médicos ($p=0,077$).

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta es aceptable tratándose de un cuestionario autoadministrado. No hay diferencias de sexo ni de tutor/a de residentes de medicina de familia entre quienes responden y no lo hacen.

No encontramos diferencias en el entorno socioeconómico de las médicas y los médicos estudiados, ambos procedían en su mayoría de familias de clase social I, II y III. Sin embargo, observando la ocupación de padres y madres existían diferencias aunque no alcanzaban la significación estadística: los médicos tienen con más frecuencia padres que ejercen o han ejercido la medicina, y las médicas tienen con menor frecuencia madres que trabajan sólo en el hogar.

Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en Finlandia² que mostraba cómo el entorno y la posición de los progenitores promueven las aspiraciones profesionales.

Se puede pensar que la socialización en el grupo familiar hace que los hombres sigan más la trayectoria de su padre y las mujeres se alejen más del modelo materno. Las entrevistadas por María Antonia García de León⁵ así lo expresan, señalando que en los últimos años la madre está funcionando como el anti-modelo para muchas profesionales que incumplen los mandatos de género asignados a las mujeres al alejarse de lo doméstico y optar por la vida profesional¹⁵. El sistema de género diferencia los roles sociales para mujeres y

hombres asignándoles un lugar diferente y jerarquizado en la organización social, los roles atribuidos a las mujeres están socialmente devaluados y los atribuidos a los varones sobrevalorados y elevados a la categoría de norma ideal. A su vez, el reparto sexual del trabajo¹⁶ reserva para los hombres la esfera de la producción y de lo público, y favorece la reclusión de las mujeres en el ámbito de la reproducción en la esfera privada. Estos patrones, que aun persisten, tenían mucha mayor vigencia hace unas décadas cuando las médicas del estudio tomaban las primeras decisiones sobre su vida profesional.

En nuestro estudio, aunque no alcance la significación estadística, aparece otra tendencia que aún permanece, y es que las médicas proceden de familias más pequeñas. Diversas investigaciones⁴⁻⁶ muestran la influencia del tamaño familiar en el acceso de las mujeres a los estudios superiores, las hijas primogénitas o con menor número de hermanos tienen más probabilidades de estudiar medicina, lo cual puede estar relacionado con que ellas compiten menos con descendencia masculina y/o proceden de familias más modernas y abiertas.

Las parejas de los médicos y las médicas tienen ocupaciones muy diferentes, siendo el 71% en el caso de las médicas y el 51,2% en el de los médicos ocupaciones que corresponden a las clases I y II. En Francia⁴ el 89% de las médicas tiene un cónyuge con estudios superiores, comparado con el 42% de sus colegas varones. Por otra parte, las parejas del 21% de médicos y sólo del 0,1% de médicas trabajan sólo en casa. Esta situación, que concuerda con otros estudios^{10,17,18}, podría suponer que los médicos estén menos sometidos a responsabilidades domésticas y familiares, tengan mayores facilidades para dedicarse en exclusiva a su desarrollo profesional y perciban menor conflicto entre sus responsabilidades familiares y las laborales¹². También es proba-

ble que encuentren más apoyo en la familia que forman para volcarse en la esfera profesional.

En nuestro estudio el 46,4% de las parejas de las médicas se dedica a la medicina y en el caso de las parejas de médicos el 22,4%. En Francia⁴ y en Canadá⁹ estos porcentajes son 55,5%-18% y 41%-14% respectivamente. Esta diferencia se mantiene en el tiempo según revela un estudio longitudinal en Estados Unidos⁷, donde en los años 1980 y 2000 la proporción de médicas con pareja médico era del 51% y 24% y la proporción de médicos con pareja médica era del 6% y 11%.

Existe disparidad al analizar los efectos de la ocupación de la pareja. Mientras algunas investigaciones indican que las médicas en pareja con otro médico tienen mayor especialización médica¹⁷ y perciben mayor apoyo para su desarrollo profesional^{19,20}, otras señalan que estas médicas ganan menos dinero, dedican menos tiempo a actividades profesionales²¹, tienen mayor carga familiar y doméstica^{20,22} y perciben mayores obstáculos para alcanzar sus objetivos profesionales²⁰.

También encontramos diferencias en la situación de la familia formada por médicos y médicas. Viven solas/os con o sin hijos/as 16% de mujeres vs. 4,9% de hombres, sin embargo, hay un 14,5% más de hombres que de mujeres que viven en pareja con descendencia. Datos similares se observan en otros lugares y diversas especialidades médicas^{4,8-11,17}. Este fenómeno reproduce lo que ocurre en la población general en 2005 en Andalucía²³, en la que había un 29% de mujeres y un 15,6% de hombres viviendo solas/os con o sin descendencia, proporciones que han ido aumentando progresivamente en la última década.

En nuestro estudio, un 6% más de médicas que de médicos ha optado, hasta la fecha, por no tener descendencia. En Esta-

dos Unidos⁷ la tendencia del fenómeno ha aumentado en los últimos 20 años alcanzando el 33% en el año 2000. Tener hijos/as aumenta las responsabilidades familiares y domésticas de manera desigual entre médicos y médicas^{9,12}, y parece provocar numerosos obstáculos en el desarrollo profesional de las médicas aunque no en el de los médicos^{3,7}. En la trayectoria de cualquier profesional existe un balance entre la vida personal y la profesional, pero las responsabilidades familiares afectan de forma diferente a cada sexo y están mucho más presentes en la vida de las médicas, tanto si tienen especialidades hospitalarias como de medicina de familia¹⁷.

Las limitaciones que presenta nuestro estudio son, en primer lugar, la representación muestral de los CS y MF corresponde al ámbito urbano, ello implica que la muestra dibuja un perfil de MF con características no extrapolables al colectivo en su conjunto. No obstante, al ser el objetivo principal la comparación de las características de la familia de origen y de la familia formada por sexo, la validez interna está garantizada. De igual modo podría pensarse en un sesgo de información debido a que la estudiada es autodeclarada, pero la utilización de la misma fuente de datos para ambos sexos limita el riesgo de sesgos de información.

Podemos concluir que, en el medio urbano andaluz no existen diferencias en la familia de origen de médicas y médicos de familia. Sin embargo, se observan diferencias importantes en algunas características de la familia formada en cada caso, más médicas que médicos viven solas, no tienen descendencia, y en el caso de las que tienen pareja cerca de la mitad ejercen la medicina.

En resumen, este trabajo aporta conocimiento sobre las diferencias en las características de las familias formadas por médicas y médicos de familia. Es muy probable

que estas diferencias tengan un efecto en la carrera profesional de las médicas, por ello es necesario ampliar el conocimiento de la familia de origen y el de la familia formada por los y las profesionales de la medicina, así como explorar su impacto en su carrera profesional. Se debe aumentar el conocimiento del entorno familiar de médicas y médicos, sus nuevas prácticas en relación a la organización de su vida personal, los motivos que subyacen a la elección de sus parejas y a las decisiones respecto a la maternidad, y los efectos de la socialización temprana sobre sus expectativas profesionales, aspectos que repercuten de manera importante y desigual en la carrera profesional de médicas y médicos. El conocimiento derivado de ello permitirá identificar medidas adecuadas que corrijan las desigualdades de género existentes.

AGRADECIMIENTOS

A la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y al Fondo de Investigación Sanitaria por la ayuda concedida para la investigación y a las médicas y médicos de familia por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poal Marcel G. Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales que inciden en la relación mujeres-mundo laboral. Cuadernos de relaciones laborales. 1995; 6: 93-105.
2. Neittaanmäki L, Luhtala R, Virjo I, Kumpusalo E, Mattila K, Jääskeläinen M et al. More women enter medicine: young doctors' family origin and career choice. Med Educ. 1993; 27 (5): 440-445.
3. Strahley C, Longo P. Family issues affecting women in medicine, particularly women surgeons. Am J Surg. 2006; 192: 695-698.
4. Paicheler G. Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980): portes ouvertes ou fermées?. En: Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C. Femmes et hommes dans le champ de la santé. 1ª ed. Rennes: ENSP; 2001. p. 179-196

5. García de León MA. Herederas y heridas. Sobre las élites profesionales femeninas. 1ª ed. Valencia: Ediciones Cátedra; 2002.
6. Escolano Zamorano E. Entre la discriminación y el mérito. Las profesoras en las universidades valencianas. 1ª ed. Valencia: Universitat de València; 2006.
7. Hinze S. Women, men, career and family in the U.S. young physician labor force. *Res Sociol Work.* 2004; 14: 185-217.
8. Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrel C, Fuentes M, Valls-Llobet C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. 1ª ed. Barcelona: Fundación Galatea; 2007.
9. De Koninck M, Guay H, Bourbonnais R, Bergeron P. Physical, mental, and reproductive health of Québec women physicians. *JAMWA.* 1995; 50(2): 59-63.
10. Dumelow C, Littlejohns P, Griffiths S. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *BMJ.* 2000; 320 (7247): 1437-1440.
11. Danesh-Meyer H, Deva N, Ku JYF, Carroll SC, Tan YW, Gamble G. Differences in practice and personal profiles between male and female ophthalmologists. *Clin Experim Ophthalmol.* 2007; 35 (5): 318-323.
12. Shollen L, Bland C, Finstad D, Taylor A. Organization climate and family life: how these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Acad Med.* 2009; 84 (1): 87-94.
13. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcono94%2F&file=inebase>. Consultado el 18 de mayo de 2009.
14. Domingo- Salvany A, Marcos- Alonso J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit.* 1989; 3 (10): 320-326.
15. Velasco Arias S. Análisis de género sobre las relaciones entre hombres y mujeres. En: Velasco Arias S. Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Serie Salud 5. 2ª ed. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. pp. 39-73.
16. Amorós A. División sexual del trabajo. En: Amorós C. 10 palabras clave sobre mujer. 1ª ed. Estrella: Verbo Divino; 1995. p. 257-295.
17. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med.* 2003; 57 (7): 1327-1341.
18. Warde C, Moonesinghe K, Allen W, Gelberg L. Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *J Gen Intern Med.* 1999; 14 (3): 157-165.
19. Schrage S, Kolan A, Dottl S. Is that your pager or mine: A survey of women academic family physicians in dual physician families. *Wis Med J.* 2007; 106 (5): 251-255.
20. Sobecks N, Justice A, Hinze S, Taylor Chirayath H, Lasek R, Chren MM et al. When doctors marry doctors: A survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Intern Med.* 1999; 130 (4): 312-319.
21. Woodward C. When a physician marries a physician. Effect of physician-physician marriages on professional activities. *Can Fam Physician.* 2005; 51 (6): 850-851.
22. Tesch B, Osborne J, Simpson D, Murray S, Spiro J. Women physicians in dual-physician relationships compared those in other dual- career relationships. *Acad Med.* 1992; 67 (8): 542-544.
23. Instituto de Estadística de Andalucía. Anuario estadístico de Andalucía 2006. Perspectivas de género. 1ª ed. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía; 2006.

