

Las características familiares y la salud percibida en médicas y médicos de familia de Andalucía

Ana Delgado*, Lorena Saletti-Cuesta, Luis Andrés López-Fernández y Silvia Toro-Cárdenas

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

RESUMEN

Objetivo: Conocer las relaciones de un conjunto de características profesionales y familiares con los componentes de salud física y psíquica en médicas y médicos de familia que trabajan en centros de salud en Andalucía

Método: Descriptivo, transversal y multicéntrico. Población: médicas y médicos de familia de centros urbanos. Muestra=500 profesionales, 50% por sexo. Estudiamos: sexo; edad; características profesionales: formación postgraduada en medicina de familia, ejercer la dirección del centro de salud, ser tutor/a de formación postgraduada, carga asistencial (tamaño cupo y pacientes/día); responsabilidades familiares; dos dimensiones de las relaciones familia-trabajo (Sobrecarga y Conflicto Familia-trabajo); y salud percibida física y psíquica. Fuente: cuestionario postal autoadministrado. Análisis: regresión múltiple para salud física y psíquica, conjunta para la muestra y por sexo.

Resultados: Responden 368 profesionales (73.6%). Las médicas presentan peor salud psíquica que los médicos, sin diferencias en la salud física. El Conflicto Familia-trabajo se asocia con salud física y psíquica en médicas y médicos. La salud física empeora al aumentar la edad en ambos sexos, mejora en médicas tutoras, y disminuye en médicos al aumentar el Conflicto Familia-trabajo. La salud psíquica disminuye en ambos sexos al aumentar las horas dedicadas al hogar los fines de semana y el Conflicto Familia-trabajo. En médicos, la salud psíquica empeora si tienen formación postgraduada y mejora si son directores de centro de salud.

Conclusiones: La carga de trabajo y las características profesionales tienen escasas relaciones con la salud de médicos y médicas de familia. Juegan un papel más relevante las características familiares.

PALABRAS CLAVES:

Salud; Salud laboral; Género; Atención primaria de salud; Relaciones familiares; Médicos de familia

ABSTRACT:

Purpose: To know the relationships of a group of professional and family characteristics with the components of physical and mental health in female and male primary care physicians working in health centers in Andalusia (Spain).

Methods: Descriptive, cross-sectional, and multicenter study. Population: urban health centers in Andalusia and their physicians. Sample: 88 health centers and 500 physicians. Measurements: sex; age; professional's characteristics: postgraduate family medicine specialty, position as health center manager, accreditation as tutor of residents, work load (patient quota and mean number of patients/day); family's responsibilities: two dimensions of family-work relationship (Support Overload-Family Support Deficit and Family-Work Conflict); and perceived physical and mental health. Self-administered questionnaire. Multiple regression analyses for physical and mental health, joint sample and by gender.

Results: Response rate was 73.6%. Female physicians have worse mental health than male physicians, no differences in physical health. The family-work conflict is associated with physical and mental health in female and male physicians. Physical health gets worse with increasing age in both sexes, improved in female tutor of residents, and decreases with increasing work-family conflict in male physicians. Mental health decreases with increasing housework on the weekends and family-work conflict in both sexes. In male physicians, mental health gets worse if they have postgraduate family medicine specialty and improve if they are health center manager.

Conclusions: The workload and professional characteristics have little relationship to the health of primary care physicians. The family characteristics play a greater role.

KEY WORDS:

Health; Occupational Health; Gender; Primary Health Care, Family relations; Physicians family

INTRODUCCIÓN

La salud percibida guarda relación con la mortalidad y el uso de servicios¹, así como con la presencia de enfermedad, los estilos saludables y/o la prevención, mostrando variaciones según la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y los roles sociales². En nuestro país, la salud percibida se evalúa generalmente referida a la salud global mediante una sola pregunta³⁻⁴, y/o mediante instrumentos específicos, como el GHQ que mide la percepción de salud psíquica³, o el SF-12, que evalúa salud física y psíquica por separado⁴. El análisis de la salud percibida se utiliza para evaluar desigualdades de género en salud dentro y fuera de nuestro país^{5,6}.

En población general española y andaluza las mujeres tienen peor salud percibida global y peor salud mental que los hombres^{3,4}. El análisis de los determinantes sociales de la salud revela que existen diferencias de género en el tipo de factores que juegan un papel predominante en la salud de hombres y mujeres⁷. En nuestro entorno, el estudio de población general muestra que la doble jornada afecta negativamente la salud percibida de las mujeres ocupadas y que viven en pareja en diversas comunidades autónomas, pero no sucede lo mismo en Andalucía⁸, probablemente debido a las diferencias culturales. Y en Cataluña⁹, un estudio con profesionales de la medicina no encuentra diferencias de salud percibida global por sexo, tampoco respecto a la población de la misma clase social; sin embargo, las médicas presentan más malestar psíquico que los médicos.

Las características familiares y el conflicto Familia-Trabajo, entendido como la incompatibilidad potencial de roles y demandas en ambas esferas de la vida, están recibiendo una atención creciente en los últimos años por su influencia en los resultados del trabajo y en la salud¹⁰⁻¹². Por otra parte, se está produciendo un incremento progresivo de médicas de familia dentro y fuera de España^{13,14}, pero estas continúan desarrollando la mayor parte del trabajo en el hogar y presentan niveles más elevados de conflicto familia-trabajo que los médicos¹⁵. Por estas razones es muy pertinente estudiar el papel que juegan las variables familiares y el conflicto familia-trabajo en la salud de profesionales de la medicina.

El trabajo tiene por objetivo conocer las relaciones de un conjunto de características profesionales y familiares con los componentes de salud física y psíquica en médicas y médicos de familia que trabajan en Atención Primaria en Andalucía.

MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. La población fueron las médicas y médicos de familia que trabajaban en los centros de salud de las capitales andaluzas, y los criterios de inclusión llevar como mínimo un año con el mismo cupo de pacientes y utilizando la historia clínica informatizada.

Obtuvimos una muestra aleatoria polietápica, en la primera etapa estratificamos los centros de salud por tamaño y seleccionamos 88, en la segunda etapa, elegimos del listado de profesionales médicos un número según el tamaño del centro: 4 médicos y/o médicas en 8 centros de salud, 5 médicos y/o médicas en 12 centros de salud, y 6 médicos y/o médicas en 68 centros de salud, resultando una muestra de 500 profesionales, 50% por sexo (alfa=5%, potencia 90% para 15% de diferencia entre sexos). La muestra final fue de 254 médicas y 246 médicos. Consideramos como variables independientes sexo; edad; características profesionales: formación postgraduada en medicina de familia, ejercer la dirección del centro de salud, ser tutor/a acreditado por la unidad docente para la formación postgraduada de medicina de familia, las tres codificadas sí/no, y carga asistencial, en noviembre-2007, mediante: número de personas en el cupo ajustado por edad (tamaño), y media de pacientes/día; responsabilidades familiares usando las variables: situación familiar dicotomizada (vivir solo/a con o sin hijos/as vs. resto -vive en pareja con o sin hijos/as y otras situaciones-), presencia de hijos/as en el hogar, horas/día dedicadas a tareas domésticas de lunes a viernes, ídem sábados y domingos, quién realiza principalmente las tareas domésticas (yo sola/o, mi pareja, otras situaciones), presencia en el hogar de personas que requieren cuidados especiales (menores de 15 años y/o mayores de 65 años y/o personas con discapacidad), y ocupación de la pareja (Medicina o Enfermería, Otras ocupaciones, Trabaja en el hogar); por último, incluimos las relaciones familia-trabajo evaluadas mediante una escala con dos dimensiones previamente validada¹⁵: Sobrecarga y Déficit de Apoyo Familiar, con 6 preguntas sobre falta de ayuda y colaboración de la familia para realizar las tareas domésticas, y Conflicto Familia-Trabajo, con 5 preguntas que reflejan el compromiso entre la dedicación a la familia y al trabajo junto al grado de dificultad para hacer compatibles ambas esferas.

La variable dependiente es la salud percibida medida con el cuestionario SF-12 que tiene dos dimensiones: salud física y salud psíquica¹⁶; la puntuación se estandariza

según los valores poblacionales, y, a mayor puntuación de 0 a 100, mejor salud percibida.

Utilizamos tres fuentes de datos: a) Cuestionario postal autoadministrado (diciembre-07 a mayo-08), con todas las variables personales y profesionales excepto las recabadas en Distritos Sanitarios y Unidades Docentes de medicina de familia, reforzando la respuesta con recogida en mano. Contactamos telefónicamente con el director o directora de los centros de salud pidiéndoles su colaboración y, posteriormente, le enviamos los cuestionarios. b) En los Distritos obtuvimos, para la muestra, número de pacientes en el cupo (tamaño), número de pacientes/día en consulta y edad. c) En las Unidades Docentes obtuvimos los/las profesionales acreditados/as como Tutor/a. Recogimos para el 100% de la muestra las variables de las Unidades de docencia y de Distrito con el fin de evaluar potenciales sesgos de no respuesta.

Realizamos análisis descriptivo y bivariante por sexo de todas las variables; y análisis de regresión lineal múltiple para cada componente de la salud de forma conjunta para toda la muestra y para médicas y médicos por separado; todos los modelos multivariantes se han construido mediante el método paso a paso, usando una probabilidad de entrada del 15% y de salida del 20%. Para controlar posibles efectos de relación entre variables independientes se realizó un diagnóstico de colinealidad.

RESULTADOS

Respondieron 368 médicas y médicos de familia (73,6%), 182 (71,7 %) eran médicas y 186 (75,6 %) médicos ($p=0,316$), el resto se negaron a responder argumentando “falta de tiempo”. Eran tutor/a de formación postgraduada 128 personas, de las que respondieron 101 (78,9%) y no lo son 372 de las que respondieron 267 (71,8%) ($p=0,114$). La edad media fue $50,18 \pm 4,74$ años. La potencia se redujo al 60,3 %.

En la tabla 1 se observa que las médicas son más jóvenes, con más frecuencia formación postgraduada, con menos frecuencia directoras del centro de salud, dedican más horas a tareas del hogar, viven solas con o sin hijos en mayor medida que los médicos, realizan solas las tareas domésticas casi el doble que sus compañeros, y su pareja trabaja fuera del hogar con más frecuencia que en el caso de los médicos; no existen diferencias en las dos variables de carga asistencial. Las médicas presentan mayor Sobrecarga y déficit de apoyo familiar así como más conflicto familia-trabajo.

En la comparación cruda no hay diferencias de salud física por sexo, pero las médicas presentan peor salud psíquica.

En el modelo multivariante para la salud física con toda la muestra (tabla 2) se observa que, controlando el efecto debido al sexo, se relacionan con ella de forma inversa la edad y el conflicto familia-trabajo, así como vivir sola/o con o sin hijos, y tener hijos.

En el modelo elegido para la salud psíquica (tabla 3) se constata la existencia de colinealidad entre “sexo” y “horas dedicadas a las tareas domésticas fines de semana” pero se mantiene el sexo, aunque pierda la significación. Se asocian a peor salud psíquica ser especialista en medicina de familia, no desempeñar la dirección del centro de salud, el aumento de horas dedicadas a las tareas domésticas fines de semana, y el conflicto familia-trabajo.

Analizando el modelo para la salud física por sexo (tabla 4), observamos que esta disminuye al aumentar la edad en médicas y médicos, pero mejora en las médicas tutoras de formación postgraduada, y empeora en médicos con conflicto familia-trabajo.

Respecto a la salud psíquica por sexo (tabla 4), esta se relaciona negativamente en ambos casos con el aumento de horas dedicadas a las tareas domésticas fines de semana, y el conflicto familia-trabajo, pero además, en los médicos, la salud psíquica también empeora si son especialistas en medicina de familia y mejora si son directores de centro de salud.

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta fue buena, sin diferencias de sexo ni por ser tutor/a, lo que indica buena validez interna del estudio.

Las mujeres de población general española y andaluza^{4,16} tienen peor salud física y peor salud psíquica que los hombres, y, en Andalucía⁵, esta desigualdad se mantiene para la salud psíquica incluso en población universitaria. Comparando con población general, observamos que, en nuestro estudio, la salud física es similar o mejor en ambos sexos, pero no sucede lo mismo con la psíquica. Médicos y médicas presentan peor salud psíquica que los hombres y mujeres de población española respectivamente, aunque la diferencia es mayor en el segundo caso. También un estudio catalán⁹ constata la existencia de más malestar psíquico en profesionales de la medicina de ambos sexos que en población general ocupada. Se conoce el papel positivo que desempeña la ocupación en la salud de las personas⁸, por lo que podría pensarse que el compromiso y

las elevadas demandas que conlleva la profesión médica contribuyen a empeorar la percepción de la salud psíquica de sus profesionales, sobre todo de las médicas.

En el estudio, las médicas presentan peor salud psíquica que los médicos, pero no hay diferencias en la salud física, igual ocurre en estudios realizados en otros países, donde las médicas presentan más síntomas psíquicos o más depresión que sus compañeros¹⁷⁻¹⁹.

El objetivo del estudio es analizar los resultados de los modelos explicativos de las dos dimensiones de la salud percibida para médicos y médicas por separado, por lo que nos centramos en estos hallazgos.

Es importante señalar que las variables de carga en el trabajo (tamaño del cupo y número de pacientes/día), no afectan la percepción de salud en ningún sexo, por el contrario, la variable que juega un papel más relevante por su relación con ambos componentes de la salud percibida y en ambos sexos es el conflicto familia-trabajo.

La salud física empeora al aumentar la edad en ambos sexos, al igual que ocurre en población general^{4,16}, hecho coherente con el aumento de problemas de salud crónicos. Las médicas perciben mejor salud cuando son tutoras de formación postgraduada, y los médicos la perciben peor al aumentar el conflicto familia-trabajo.

Hay dos variables de la esfera familiar que están relacionadas con la salud psíquica de ambos sexos, el conflicto familia-trabajo y las “horas dedicadas a las tareas domésticas fines de semana”, no existe interacción entre las dos variables, lo que indica que ambas tienen un efecto por separado; es interesante destacar que el resto de características familiares estudiadas no guarda relación con la salud en ninguno de los sexos. En médicas norteamericanas²⁰, el tiempo dedicado a las actividades domésticas no afectaba la salud psíquica.

Los hallazgos en población española muestran que la carga de trabajo doméstico impacta la salud percibida de las mujeres pero no la de los hombres²¹, pero el análisis por nivel educativo de las trabajadoras desvela que el trabajo del hogar solo afecta la salud de las que tienen menos estudios, no así de las universitarias²². Por tanto, se puede pensar que, nuestra muestra de profesionales universitarios, se comporta de forma diferente a la población general, si bien el número y calidad de las variables estudiadas es muy diferente, lo que limita en gran medida la comparación. Además, las condiciones del contexto socioeconómico de la población de este estudio son también distintas, y es conocido su influencia en la salud.

Las “horas dedicadas al hogar los fines de semana” afectan la salud de médicas y médicos de familia sin que podamos conocer si el significado de la relación es similar o no en ambos sexos. Hay que considerar, entre otras cosas, que ellas dedican al hogar el doble de tiempo que ellos, y se puede pensar que no es importante solo dedicar tiempo al hogar, sino también de cuánto tiempo se trata. Entre profesionales de enfermería canadienses²³ se encuentra que las demandas familiares tienen impacto en la percepción de salud y esta relación presenta diferencias de género, para las enfermeras lo significativo es la “sensación de presión” mientras que para los enfermeros es que “no les gusta el trabajo de la casa”.

La escala de conflicto familia-trabajo integra elementos sobre la compatibilidad entre obligaciones del trabajo y la familia, la satisfacción con el tiempo dedicado a ambas esferas, la sensación de necesidad de estar en los dos sitios a la vez, etc.¹⁵, por tanto, evalúa la experiencia subjetiva sobre el propio manejo de las relaciones recíprocas entre la vida familiar y laboral, y es esta vivencia la que impacta en la salud, más allá de las condiciones objetivas del entorno laboral y familiar. En las médicas la percepción de conflicto familia-trabajo presenta mayor complejidad que en el caso de los médicos al venir explicada por mayor número de variables, lo que indica que la experiencia subjetiva varía según el género¹⁵. Por otra parte, dicho conflicto se asocia a la salud psíquica con más fuerza en las médicas del estudio.

El estudio de los determinantes sociales de la salud por género⁷ muestra que los aspectos psicosociales tienen diferente peso en la salud de las mujeres y en la de los hombres, y esta diferencia puede deberse a la existencia de una exposición y/o de una vulnerabilidad diferenciales. El conflicto familia-trabajo actúa por ambos mecanismos en las médicas estudiadas contribuyendo a explicar su peor percepción de salud psíquica. En primer lugar, las médicas presentan mayor exposición a dicho conflicto ya que su puntuación en la escala de conflicto familia-trabajo es superior¹⁵, ello concuerda con la división sexual del trabajo por sexo, que asigna las responsabilidades familiares a las mujeres, y las mayores demandas que eso acarrea para las mismas. En segundo lugar, la socialización de género implica una mayor vulnerabilidad a las presiones procedentes del entorno familiar y del conflicto derivado de las mismas²⁴, según diferentes estudios⁷, los roles familiares ocasionan más estrés en las mujeres mientras en los hombres lo hacen los estresores económicos.

Un estudio suizo²⁵ compara el conflicto familia-trabajo en tres grupos: profesionales de medicina, universitarios y población trabajadora, y muestra que el

primero presenta mayor conflicto familia-trabajo, lo que se asocia a peor salud percibida. Además, esta asociación tiene más fuerza en médicas, lo que podría explicar su peor salud psíquica dado que presentan mayor nivel de conflicto familia-trabajo. Parece que al igual que en nuestro estudio, el estrés causado por el conflicto familia-trabajo se traslada a la percepción de salud, y ello es más evidente en las médicas.

La existencia de roles múltiples ocasiona más estrés y mayor conflicto en las médicas que en los médicos²⁶, y es sabido que el balance entre las esferas familiar y laboral es un factor primordial para la vida profesional de las médicas, pero no para los médicos²⁷⁻²⁹. Una revisión³⁰ señala que las dificultades mayores que encuentran las médicas para lograr un equilibrio entre sus responsabilidades en la familia y en el trabajo, se traducen en un mayor conflicto familia-trabajo y en más estrés. Todo ello indica que el estudio de las relaciones familia-trabajo es relevante porque las mismas tienen un impacto en las decisiones sobre la vida personal y profesional²⁸.

Por último cabe señalar que la salud psíquica de los médicos se asocia también a dos variables del trabajo. Ser director de centro de salud mejora la salud psíquica, quizás porque las funciones de dirección son gratificantes y compensan otras fuentes de estrés, mientras que los especialistas en medicina de familia presentan peor salud psíquica. Se ha señalado que el desempeño médico puede verse afectado por el malestar de sus profesionales, esto supone que los sistemas sanitarios deberían tener en cuenta el grado de bienestar de sus trabajadores, entendiendo este en un sentido amplio como el conjunto de salud física, mental y social³⁰. Para ello es imprescindible tener una perspectiva amplia de los determinantes de la salud incluyendo factores muy diversos³¹, como muestra la complejidad de los hallazgos de este estudio.

El estudio presenta limitaciones y fortalezas. Entre las primeras destaca que el diseño transversal no permite conocer la dirección de las relaciones encontradas. Además, la muestra es del ámbito urbano de Andalucía y los hallazgos no son extrapolables a los profesionales que trabajan en otros contextos geográficos. Entre las fortalezas son destacables, a nuestro juicio, incluir el estudio de las relaciones con la salud percibida tanto de variables familiares como de variables profesionales, y que el análisis se hace de forma separada para médicas y para médicos.

Deberían llevarse a cabo nuevas investigaciones para explorar en profundidad y, preferiblemente de manera prospectiva, el conjunto de los determinantes de la percepción de salud en médicas y médicos.

El análisis integrador de un conjunto de determinantes laborales y familiares de la salud permite concluir que la salud psíquica es peor en las médicas, y que la carga de trabajo y las características profesionales tienen escasas relaciones con la salud percibida en ambos sexos, siendo más relevante el papel de las horas dedicadas al hogar en fin de semana y el conflicto familia-trabajo.

En el ámbito sanitario debería establecerse un amplio abanico de políticas de igualdad, no solo dirigidas a las mujeres, sino, sobre todo, orientadas a la organización y a los hombres. En este sentido, incluir medidas derivativas que cubran funciones reproductoras ³², y promover la corresponsabilidad de los hombres, por ejemplo incentivando que se acojan a los permisos de paternidad, reducción de jornada, permisos retribuidos, etc. Simultáneamente, teniendo en cuenta que es socialmente imposible escindir la vida laboral y familiar de cada persona, consideramos imprescindible transformar el mercado de trabajo en un modelo menos androcéntrico que incorpore los cuidados como eje central de la vida, y haga posible compatibilizar ambas esferas a mujeres y hombres.

Por ello, es necesario adoptar modelos integradores de los determinantes de la salud para mejorar la misma en las profesiones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated Health and mortality: a review of twenty-seven community Studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
2. Smith AMA, Shelley JM, Dennerstein L. Self-rated health: biological continuum or social discontinuity?. *Soc Scien Med* 1994; 39:77-83.
3. Ministerio de Salud y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid. 2005. [Consultado el 3 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
4. Sánchez Cruz JJ, Sánchez Villegas P, Moya Garrido MN, et al. La salud en Andalucía según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): EAS-1999, EAS-2003 y EAS-2007. 1ra ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. 334 p.
5. García Calvente MM, Delgado Sánchez AM, Mateo Rodríguez I, et al. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. En: Escolar Pujolar A (editor). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. 1ra ed. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008. p. 127-144.
6. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997; 44:773-87.
7. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2585-600.
8. Artazcoz L, Moya C, Vanaclohad H, et al. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit* 2004; 18: 56-68.
9. Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, et al. Estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. 1ra ed. Barcelona: Fundación Galatea; 2007. 92 p.
10. Allen T, Herst D, Bruck C, et al. Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 279-308.

11. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, et al. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008; 8: 353-69.
12. Ádám S, Zsuzsa G, Susánszky E. Physician Burnout in Hungary: A Potential Role for Work-Family Conflict. *J Health Psychol* 2008; 13: 847-56.
13. Servicio Andaluz de Salud. Mujeres y hombres en los indicadores sanitarios. *SAS Información* 2008; 38: 5- 8.
14. Elston MA. *Women and medicine: The future*. 1ra ed. Londres: Royal College of physician; 2009. 159 p.
15. Delgado Sánchez A, Saletti-Cuesta L, Toro-Cárdenas S, et al. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 159-72.
16. Vilagut G, Valderas JM, Ferre M, et al. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin* 2008; 130: 726-35.
17. Tyssen R. Health problems and use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian Studies. *Industrial Health* 2007; 45:599-610.
18. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1887-94.
19. Koninck M, Guay H, Bourbonnais R, et al. Physical, mental, and reproductive health of Québec women physicians. *JAMWA* 1995; 50:59-63.
20. Frank E, Harvey L, Elon L. Family responsibilities and domestic activities of US women physicians. *Arch Fam Med*, 2000; 9:134-40.
21. Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. Género, trabajo y salud en España. *Gac Sanit* 2004;18: 24-35.
22. Artazcoz L, Borrel C, Benach J, et al. Women, family demands and health: the important of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med* 2004; 59: 263-74.
23. Walters V, Lenton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43:1627-36.
24. Dio Bleichmar E. *La depresión en la mujer*. 1ra ed. Madrid: Temas de Hoy; 1999. 248 p.

25. Knecht M, Bauer GF, Klaghofer R, et al. Work-life conflicts and health among Swiss physicians in comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Med Wkly* 2010; 140:w13063.
26. Warde C, Allen W, Gelbert L. Physician role conflict and resulting career changes: gender and generational differences. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 729-35.
27. Shollen SL, Bland CJ, Finstad, DA, et al. Organizational climate and family life: How these factors affect the status of women faculty at one medical school. *Acad Med* 2009; 84: 87-91.
28. Verlander G. Female physicians: Balancing career and family. *Academic Psychiatry* 2004; 28: 331-6.
29. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med* 2003; 57: 1327-41.
30. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; 374:1714-21.
31. Undén AL, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med* 2006; 3:295-308.
32. Organización Internacional del Trabajo. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Trabajo y familia. Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. 2ra ed. Santiago de Chile: Organización internacional del trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2009.162 p.

Tabla 1: Comparación de las variables independientes y de las dimensiones de salud percibida por sexo.

Variables cualitativas	Médicas N (%)	Médicos N (%)	P
Formación MIRMF	80 (44,2%)	62 (33,3%)	0,016
Vive solo/a con o sin hijos/as	29 (15,9%)	9 (4,8%)	0,021
Existen en el hogar personas con cuidados especiales (*)			
Menores 15 años	61 (33,5%)	66(35,5)	0,218
Mayores 65 años	20 (11%)	15 (8,1%)	0,387
Con discapacidad	9 (4,9%)	10 (5,4%)	0,52
Ocupación de la pareja			<0.001
Medicina o Enfermería	63 (45,7%)	62 (39,7%)	
Otras ocupaciones	73 (52,9%)	61 (39,1%)	
Trabaja en el hogar	2 (1,4%)	33 (21,2%)	
Tiene hijos/as	152 (83,5%)	176 (89,8%)	0,077
Las tareas domésticas las realiza principalmente la persona entrevistada	113 (64,9%)	58 (33,5%)	<0,001
Dirección de centro de salud	9 (4,9%)	28 (15,1%)	0,001
Tutor/a MIRMF	51 (28%)	50 (26,9%)	0,806
Variables cuantitativas	Médicas Media ± SD	Médicos Media ± SD	P
Edad	49,1 ± 4,3	51,3 ± 4,9	<0,001
Horas tareas domésticas lunes a viernes	2,9 ± 3,1	1,1 ± 1,02	<0,001
Horas tareas domésticas fines de semana	4,1 ± 2,9	1,9 ± 1,62	<0,001
Cupo de pacientes	2055 ± 224,8	2041 ± 304,1	0,645
Pacientes/día consulta a demanda	36,5 ± 8,6	36,4 ± 9,3	0,861
Sobrecarga y déficit de apoyo familiar	19,8±8,2	14,5±5,6	8,109e-13
Conflicto familia-trabajo	17,9±5,6	16,6±5,6	0,024
Salud percibida física	52,7 ± 7,4	53,1 ± 5,8	0,558
Salud percibida psíquica	44,2 ± 11,4	48,0 ± 9,4	0,001

MIRMF: formación postgraduada vía MIR en medicina de familia

(*) Las tres categorías de la variable no son excluyentes

Tabla 2: Análisis univariante y multivariante de las relaciones de las variables estudiada con la Salud Física para toda la muestra (N= 368)

			Análisis bivariante				Análisis multivariante			
SALUD FÍSICA	Categoría referencia	Categoría riesgo	Coeficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P	Coeficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P
Sexo	Mujer	Hombre	0,406	-0,958	1,770	0,559	0,83	-0,57	2,24	0,24
Edad			-0,246	-0,389	-0,103	0,001	-0,290	-0,437	-0,144	0,000
Cupo de pacientes			0,000	-0,003	0,003	0,987				
Pacientes/día consulta a demanda			0,025	-0,055	0,105	0,543				
Formación MIRMF	No	Sí	1,147	-0,252	2,546	0,108				
Tutor/a MIRMF	No	Sí	1,904	0,388	3,421	0,014				
Dirección de centro de salud	No	Sí	1,367	-0,897	3,632	0,236				
Vive solo/a con o sin hijos/as	No	Sí	-1,294	-3,539	0,950	0,258	-2,309	-4,592	-0,025	0,05
Horas tareas domésticas lunes a viernes			0,000	-0,279	0,278	0,998				
Existen en el hogar personas que requieren cuidados especiales	No	Sí	1,217	-0,157	2,591	0,082				
Ocupación pareja	Medicina/enfermería	Otras ocupaciones	-0,160	-1,770	1,451	0,846				
		Trabaja en el hogar	-0,158	-2,636	2,319	0,900				
Tareas domésticas	No	Sí	0,108	-1,281	1,498	0,878				
Tiene hijos/as	No	Sí	1,862	-0,137	3,862	0,068	2,176	0,145	4,207	0,03
Responsabilidades familiares			-0,073	-0,165	0,019	0,119				
Conflicto trabajo-familia			-0,199	-0,320	-0,078	0,001	-0,232	-0,353	-0,110	0,000

Tabla 3: Análisis univariante y multivariante de las relaciones de las variables estudiada con la Salud Psíquica para toda la muestra (N= 368)

SALUD PSÍQUICA	Categoría referencia	Categoría riesgo	Análisis bivariante				Análisis multivariante			
			Coefficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P	Coefficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P
Sexo	Mujer	Hombre	3,788	1,645	5,932	0,001	0,768	-1,477	3,013	0,502
Edad			0,129	-0,102	0,360	0,272				
Cupo de pacientes			0,001	-0,004	0,005	0,808				
Pacientes/día consulta a demanda			-0,102	-0,234	0,031	0,132				
Formación MIRMF	No	Sí	-2,602	-4,828	-0,376	0,022	-2,353	-4,452	-0,254	0,028
Tutor/a MIRMF	No	Sí	-0,760	-3,200	1,679	0,540				
Dirección de centro de salud	No	Sí	5,056	1,472	8,640	0,006	4,624	1,270	7,979	0,007
Vive solo/a con o sin hijos/as	No	Sí	2,844	-0,726	6,413	0,118				
Horas tareas domésticas lunes a viernes			-0,558	-0,999	-0,117	0,013				
Horas tareas domésticas fines de semana			-0,978	-1,382	-0,575	0,000	-0,669	-1,095	-0,244	0,002
Existen en el hogar personas que requieren cuidados especiales	No	Sí	-2,361	-4,55	-,173	0,035				
Ocupación pareja	Medicina/enfermería	Otras ocupaciones	0,591	-1,966	3,148	0,649				
		Trabaja en el hogar	2,377	-1,556	6,309	0,235				
Tareas domésticas	No	Sí	1,761	-0,425	3,948	0,114				
Tiene hijos/as	No	Sí	0,415	-2,791	3,620	0,799				
Responsabilidades familiares			-0,396	-0,539	-0,254	0,000				
Conflicto trabajo-familia			-0,727	-0,908	-0,547	0,000	-0,629	-0,809	-0,449	0,000

Tabla 4: Análisis multivariante de las relaciones de las variables estudiadas con la Salud Física y la Salud Psíquica para médicas (N= 182) y médicos (N= 186)

			Análisis multivariante médicas				Análisis multivariante médicos			
SALUD FÍSICA	Categoría referencia	Categoría riesgo	Coeficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P	Coeficientes no estandarizados	Intervalo de confianza para Beta al 95%		P
Edad			-0,285	-0,538	-0,032	0,027	-0,234	-0,404	-0,064	0,007
Tutor/a MIRMF	No	Sí	2,681	0,248	5,115	0,031				
Conflicto trabajo- familia							-0,279	-0,427	-0,132	<0,005
SALUD PSÍQUICA										
Formación MIRMF	No	Sí					-2,539	-5,358	0,280	0,077
Dirección de CS	No	Sí					4,492	0,828	8,157	0,017
Horas tareas domésticas fines de semana			-0,602	-1,093	-0,110	0,017	-0,821	-1,712	0,070	0,070
Conflicto trabajo- familia			-0,996	-1,256	-0,736	<0,005	-0,372	-0,609	-0,135	0,002