

## Logro profesional alcanzado y percibido de médicas y médicos de familia.

Ana Delgado<sup>1</sup>  
Lorena Saletti-Cuesta<sup>2</sup>  
Luis Andrés López-Fernández<sup>3</sup>  
Juan de Dios Luna<sup>4</sup>  
Inmaculada Mateo<sup>5</sup>

### Resumen

La medicina se feminiza pero las médicas continúan en desventaja. Objetivo: Conocer logro alcanzado y logro percibido de médicas y médicos de familia (MF) en Andalucía. Estudio descriptivo. Muestra= 500 MF. Variables: Sexo; edad; formación postgraduada; tutor/a residentes; cupo pacientes; pacientes/día; dos dimensiones Logro Percibido; tres dimensiones Logro Alcanzado. Cuestionario autoadministrado. Análisis descriptivo, comparación por sexo de las dimensiones. Resultados: responden 73.6%. *Logro percibido*: Logro-reconocimiento= Médicas:  $37.17 \pm 7.91$ , Médicos:  $36.97 \pm 8.42$  (NS). Autoeficacia= Médicas:  $26.56 \pm 3.89$ , Médicos:  $26.68 \pm 3.87$  (NS). *Logro Alcanzado*: Profesionales= Médicas:  $1.04 \pm 1.65$ , Médicos:  $1.65 \pm 1.95$  ( $p=0.000$ ). Institucionales= Médicas:  $1.46 \pm 1.22$ , Médicos:  $1.88 \pm 1.54$  ( $p=0.002$ ). Académicos= Médicas:  $0.37 \pm 0.75$ , Médicos:  $0.59 \pm 0.88$  ( $p=0.009$ ). No existen diferencias en logro percibido, pero las médicas alcanzan menos logros. Es importante indagar las causas que explican las desigualdades encontradas.

**Palabras-clave:** Logro profesional; Logro percibido; Logro alcanzado; Médicas de familia; Medicina de familia.

---

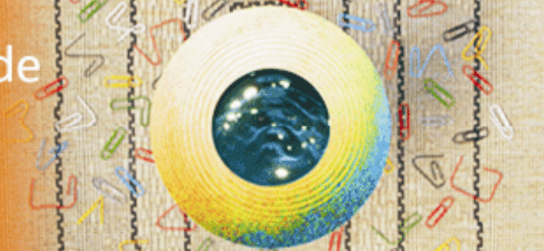
<sup>1</sup> Dra. en Medicina Y Cirugía. Escuela Andaluza de Salud Pública. [ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es](mailto:ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es)

<sup>2</sup> Lda. en Psicología. Escuela Andaluza de Salud Pública. Universidad de Granada. [ml.saletti.easp@juntadeandalucia.es](mailto:ml.saletti.easp@juntadeandalucia.es)

<sup>3</sup> Ldo. en Medicina y Cirugía. Escuela Andaluza de Salud Pública. [luisandres.lopez.easp@juntadeandalucia.es](mailto:luisandres.lopez.easp@juntadeandalucia.es)

<sup>4</sup> Dr. en Estadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. [jdluna@ugr.es](mailto:jdluna@ugr.es)

<sup>5</sup> Lda. en Psicología. Escuela Andaluza de Salud Pública. [inmaculada.mateo.easp@juntadeandalucia.es](mailto:inmaculada.mateo.easp@juntadeandalucia.es)



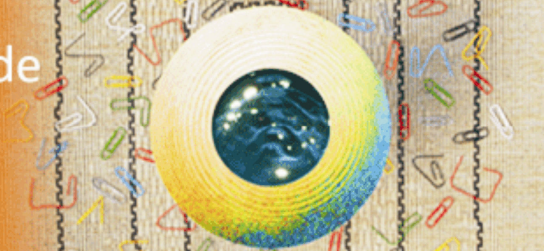
## Introducción

El número de mujeres en la medicina aumenta progresivamente en numerosos países (ELSTON 2009), también en España, donde el 71% de ingresos en las facultades de medicina en 2007 fueron mujeres (INE). A pesar del fenómeno descrito, las médicas no desarrollan su profesión en condiciones de igualdad, en diferentes esferas de la actividad profesional se constata que las mismas están Infra representadas (OBSERVATORIO SALUD DE LA MUJER 2009; ELSTON 2009) y que existen barreras para liderar la investigación (OBSERVATORIO SALUD DE LA MUJER 2009) o publicar en revistas científicas (ORTIZ GÓMEZ 2004; JAGSI 2006; SCHIAFFINO 2001; JIMENEZ RODRIGO 2008)

La noción de logro ha sido considerada en los últimos años como una variable clave para el desarrollo profesional (ARTHUR 2005; KIRCHMEYER 1998; MARTINEZ PÉREZ 2004). El logro profesional es un concepto multidimensional definido como la consecución de metas previas que una persona se propone alcanzar. Diversos estudios han demostrado una concepción de logro diferente en mujeres y hombres (MARKUS 1990; BARBERÁ 1994; DYKE 2006; CORIA 1993). Los resultados indican que para los hombres el logro se relaciona con la consecución de metas profesionales que implican un protagonismo personal y un reconocimiento social. Por el contrario, para las mujeres las metas a conseguir se perciben como retos personales, su concepción de logro parece relacionarse con una necesidad de afiliación y la satisfacción es más autónoma e independiente del reconocimiento externo ya que se vincula más a la superación personal de obstáculos (CORIA 1993; MARKUS 1990).

La incorporación de las mujeres a los estudios empíricos sobre el logro ha sido tardía y ha aportado información diferente que obliga a incorporar nuevos aspectos en el estudio del logro y elaborar nuevas hipótesis sobre su desarrollo (BARBERÁ 1994). Si bien el concepto de logro es multidimensional, podemos diferenciar dos dimensiones principales que serán de gran utilidad para el estudio de la relación entre género y logro. La primera dimensión es la percepción subjetiva del logro, definida como la aprehensión y evaluación individual sobre los propios logros. Por el contrario, la dimensión objetiva define el logro de manera externa al sujeto, reflejando de este modo los criterios sociales compartidos (ARTHUR 2005; CAICEDO TORRES 2007). Esta segunda dimensión se relaciona con los logros que deben alcanzar los sujetos para su desarrollo, y están establecidos explícitamente en el ámbito profesional.

Los criterios de medición para ambas dimensiones no son unánimes y dependerán de la perspectiva teórica utilizada en cada estudio (ARTHUR 2005; HESLIN 2005; DYKE 2006). Autores como Heslin (2005) indican que los criterios objetivos de logro implican la comparación entre individuos y son fácilmente observables y medibles, sin embargo pueden verse afectados por diversos factores organizacionales que escapan al control individual del logro, es por ello que se recomienda medir el logro objetivo junto con la percepción subjetiva del mismo. Los indicadores de la percepción subjetiva del logro se basan en criterios de referencia propios de cada persona, responden a estándares y aspiraciones individuales, e incluyen aspectos de reconocimiento, satisfacción y autoeficacia (HESLIN 2005; ARTHUR 2005).



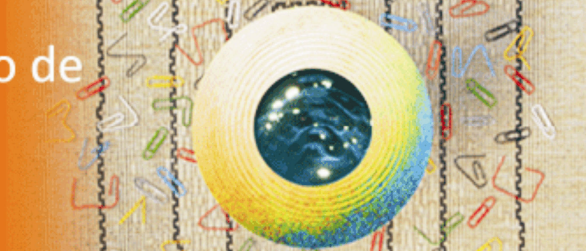
El objetivo de este trabajo es conocer y comparar el logro profesional percibido y alcanzado u objetivo de médicas y médicos de familia (MF) en Andalucía. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio destinado a conocer, además, la actividad asistencial y la carrera profesional de médicas y médicos en Andalucía, España.

## Sujetos y métodos

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. La población de estudio fueron las médicas y los médicos de familia que trabajan en los 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 con el mismo el cupo de pacientes y un año utilizando la historia clínica informatizada de atención primaria. Obtuvimos una muestra aleatoria por etapas, primero de 88 CS, y segundo de un número de MF acorde al tamaño del centro (4 MF en 8 CS; 5 MF en 12 CS y 6 MF en 68 CS), seleccionados/as del listado nominal del centro, resultando una muestra de 500 MF, 50% por sexo (alfa=5%, potencia=90%, precisión=15%).

Las variables de estudio fueron sexo; edad; formación postgraduada en medicina de familia (MIRMF); tutor/a para residentes de MIRMF; cupo de pacientes ajustado por edad; número medio de pacientes/día atendidos en consulta en el mes de noviembre-07; Logro objetivo con tres dimensiones o factores y Logro percibido con dos. El logro percibido se midió con 22 preguntas y escala de respuesta Likert de 1 a 7 puntos; el Logro objetivo se evaluó mediante la realización de 24 actividades profesionales a las que se respondía si/no. Las dimensiones empíricas de ambos tipos de logro fueron obtenidas en sendos análisis factoriales previos. La primera dimensión empírica de logro percibido es **Logro y reconocimiento**, compuesta por 9 preguntas sobre percepción de haber alcanzado metas, satisfacción, atribuciones –externas o internas- y capacidad para superar obstáculos, el rango teórico oscila de 9 a 63. La segunda dimensión es **Autoeficacia**, integrada por 5 preguntas sobre valoración de las propias capacidades clínicas, docentes e investigadoras, con un rango de 7 a 35. Los tres factores de Logro Alcanzado u objetivo obtenidas fueron: **Méritos Profesionales**, compuesto por 7 actividades sobre actividad investigadora y de participación en congresos, **Méritos Institucionales** con 5 actividades sobre dirección de CS, docencia y participación en grupos de trabajo, ambas dentro del sistema sanitario, y **Méritos Académicos**, que integra 4 actividades vinculadas al ámbito universitario e investigador de mayor nivel.

Utilizamos tres fuentes de información: a) Cuestionario postal autoadministrado elaborado *ad hoc* para el estudio con todas las variables personales y profesionales. 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. Realizamos contacto telefónico con el director o la directora de los CS pidiéndoles su colaboración en la distribución y recuerdo de la cumplimentación de los cuestionarios y, posteriormente, le enviamos los mismos. b) Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, vía telefónica en octubre-08, donde facilitaron los CS acreditados para formación MIRMF, MF con acreditación como tutor/a de residentes MIRMF y residente MIRMF adscrito durante



2007. c) Distritos Sanitarios: entre febrero y octubre de 2008 obtuvimos la persona que dirigía el CS, el tamaño del cupo y la media de pacientes/día de los/las MF estudiados. Todas las variables recogidas en Unidades Docentes y Distritos Sanitarios lo fueron para el 100% de la muestra.

Realizamos análisis descriptivo y bivariante mediante t de student y Chi al cuadrado. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

## Resultados

La tasa de respuesta fue de 73,6%, lo que supuso un descenso de la potencia a un 60,3% para detectar las diferencias deseadas. Evaluamos la no respuesta comparando 4 variables obtenidas en el 100% de la muestra (tabla 1), sólo quienes ocupan la dirección del CS tienen más probabilidad de responder.

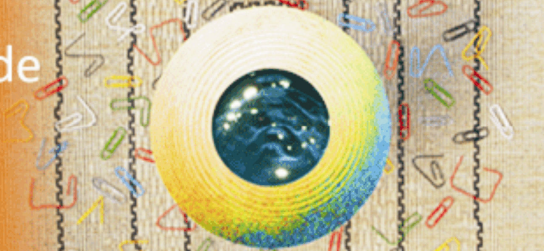
Variables	Muestra (N = 500)	Responden cuestionario	No responden cuestionario	P
<b>Sexo Médica/o de Familia:</b>				
Mujeres	254	182 (71,7%)	72(28,3%)	0,316
Hombres	246	186 (75,6%)	60 (24,4%)	
<b>Tutor/a MIRMF:</b>				
No	372	267 (71,8%)	105 (28,2%)	0,114
Sí	128	101 (78,9%)	27 (21,1%)	
<b>Dirección Centro de Salud:</b>				
No	462	331 (71,6%)	131 (28,4%)	0,001
Sí	38	37 (97,4%)	1 (2,6%)	
<b>Centro de Salud acreditado MIRMF:</b>				
No	264	199 (75,4%)	65 (24,6%)	0,340
Sí	236	169 (71,6%)	67 (28,4%)	

TABLA 1: Tasas de respuesta del cuestionario por variable (N=368)

Las características de la muestra se recogen en la tabla 2. La muestra estuvo compuesta por 182 médicas y 186 médicos, las médicas son más jóvenes y con más frecuencia tienen formación

# VIII Congreso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero

De 05 a 09 de abril de 2010



postgraduada MIRMF. No se encontraron diferencias por sexo en el cupo de pacientes ni en la media de pacientes vistos al día en consulta.

Características	Médicas	Médicos	P
Edad	49.05 ±4.34	51.28 ±4.86	0.000
Cupo pacientes	2055.02±224.8	2040.98±304.13	0.645
Pacientes/día consulta a demanda	36.51±8.6	36.36±9.28	0.861
Formación MIRMF	44.2%	33.3%	0.016
Tutor/a de residentes	28.02%	26.88%	0.579

Tabla 2: Características de médicas y médicos de la muestra

En la tabla 3 aparece la comparación por sexo de las dimensiones de logro profesional percibido y alcanzado. No se observan diferencias en las dos dimensiones de logro percibido, sin embargo, las médicas tienen valores más bajos en los tres factores empíricos de logro alcanzado u objetivo.

Dimensiones de Logro	Médicas	Médicos	P	
<b>Logro Percibido</b>	Logro y reconocimiento	37.17±7.91	36.97± 8.42	0.815
	Autoeficacia	26.56±3.89	26.68±3.87	0.766
<b>Logro Alcanzado</b>	Méritos profesionales	1.04±1.65	1.65±1.95	0.000
	Méritos institucionales	1.46±1.22	1.88±1.54	0.002
	Méritos académicos	0.37±0.75	0.59±0.88	0.009

Tabla 3: Dimensiones de logro profesional por sexo

## Conclusiones

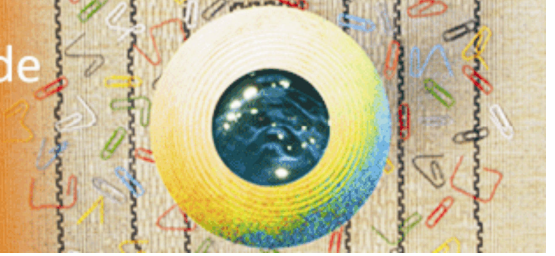
La tasa de respuesta es aceptable tratándose de un cuestionario autoadministrado. Las características de quienes responden y no lo hacen, únicamente las personas que ocupan cargos de dirección de CS responden en mayor medida que quienes no lo hacen, pero se trata de una pequeña parte de la muestra (7.66%) y su compromiso era superior al del resto de participantes por haber sido contactados personalmente.

Las médicas son más jóvenes y con mayor frecuencia MIRMF, sin embargo su menor puntuación en las tres dimensiones de logro alcanzado expresa que no maximizan esta ventaja formativa de partida. Las dificultades de las médicas para realizar diversas actividades profesionales vinculadas a su ascenso en la carrera profesional han sido identificadas en diversos estudios realizados



# VIII Congreso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero

De 05 a 09 de abril de 2010



(OBSERVATORIO SALUD DE LA MUJER 2009; REED 2001). En nuestro estudio no encontramos diferencias en la valoración de las capacidades para realizar estas actividades, sin embargo las médicas las realizan menos debido a obstáculos señalados como relevantes en diversos estudios, entre ellos la discriminación, las responsabilidades familiares y la rigidez de la organización y de la carrera profesional (REED 2001; SHOLLEN 2009). Se ha propuesto el concepto de Techo de Cristal para explicar la desigualdad de las médicas en la carrera profesional, el techo de cristal se define como una superficie superior invisible que impide a las mujeres seguir avanzando hasta ocupar los puestos elevados en las jerarquías ocupacionales (BURIN 2003); el techo de Cristal está constituido por factores externos (estructura de la organización, cultura organizacional y estereotipos de género), obstáculos internos (identidad de género, motivación de logro y aspectos de personalidad) y obstáculos interactivos (BARBERÁ 2001).

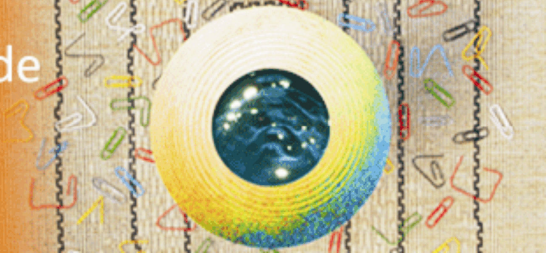
No encontramos diferencias entre médicas y médicos en el factor Logro y reconocimiento, lo que significa que la satisfacción y percepción de haber alcanzado metas es similar, y que ambos sexos atribuyen esto en igual medida a los factores externos e internos incluidos en el estudio. Diversas investigaciones señalan que las mujeres atribuyen sus logros en mayor medida a causas externas y circunstanciales, y los fracasos a factores internos y estables. Sin embargo, los hombres atribuyen sus logros a causas internas y estables y los fracasos en factores externos y circunstanciales (LÓPEZ SÁEZ 2003; BARBERÁ 1994).

Aunque la percepción de logro es similar entre médicas y médicos, las primeras alcanzan menos logros objetivos que los médicos. En diversas investigaciones se observan diferencias en la concepción de logro profesional de hombres y mujeres (DYKE 2006; BARBERÁ 1994), las mujeres perciben sus logros más positivamente que los hombres y esta percepción es independiente a las actividades por ellas realizadas (KIRCHEMEYER 1998). Para ellas el logro se define como el balance entre los diversos aspectos de sus vidas y la calidad de las relaciones sociales; pero la definición de logro expresada por los hombres se relaciona con los logros objetivos u alcanzados, en especial con el reconocimiento salarial (DYKE 2006). Podría pensarse que la percepción masculina del logro tiene mayor relación con los factores externos que se esperan como resultados del logro, tales como el salario o el liderazgo, a diferencia de la percepción de logro de las mujeres que depende de factores intrínsecos, subjetivos y autónomos (MARKUS 1990; CORIA 1993; DYKE 2006).

Barberá (BARBERÁ 1994) resume las diversas hipótesis formuladas para explicar las diferencias encontradas en la percepción de logro de mujeres y hombres. Una línea explicativa relaciona la identidad y los roles de género con el sentido del logro. El consenso social construye elementos que conforman un ideal social de género, este ideal es interiorizado por las personas en el proceso de socialización y permite la construcción de la identidad de género (VELASCO 2006). La identidad de género es un sistema de referencia basado en semejanzas y diferencias, que agrupa a los sujetos semejantes en una categoría- la mujer- que implica una diferencia con la otra categoría-el hombre-. De esta manera se asigna a cada sexo una identidad construida e implementada que define qué es

# VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología e Género

De 05 a 09 de abril de 2010



ser mujer u hombre en una sociedad determinada, a la vez que establece normas que determinan los comportamientos y actividades apropiadas para cada sexo (LAGARDE 1999). En el caso de las mujeres los elementos de género asignados se relacionan con el “ser para los otros” o el “yo en relación”, su rol social tradicional se fundamenta en los cuidados (VELASCO 2006; LAGARDE 1999; DELGADO 2003), como consecuencia de esta estructura normativa es probable que muchas mujeres prioricen las relaciones sociales en su definición de logro. Los mandatos de género asignados a los hombres se basan en el rol de proveedor y en características de autonomía y poder, y estos aspectos considerados tradicionalmente como masculinos constituyen el eje de la definición de logro socialmente dominante. Markus (1990) señala que esta definición, basada en el reconocimiento público y vinculada a algún tipo de logro en concreto, oprime y discrimina a las mujeres ya que uniformiza y prescribe las aspiraciones, modos de vida y de carrera profesional socialmente aceptados y recompensados.

Los mandatos de género, que influyen en el logro, son construidos e históricos, y por tanto susceptibles de ser modificados para alcanzar la igualdad. Es por ello necesario construir y mejorar el conocimiento sobre el tema, para ello son necesarios estudios longitudinales que permitan conocer los posibles cambios en la percepción del logro y el desempeño profesional. También es importante realizar estudios cualitativos para conocer en profundidad el significado del logro de médicas y médicos y analizar su relación con el género.

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 que trabaja en el medio rural. No obstante, al ser el objetivo principal la comparación por sexo del logro profesional percibido y alcanzado, la validez interna está garantizada. De igual modo podría pensarse en un sesgo de información debido a que gran parte de la información 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 los CS urbanos de Andalucía existen desigualdades de género en el logro objetivo relacionado con la realización de actividades profesionales, institucionales y académicas, sin embargo, la percepción de logro profesional de las médicas es igual a la que expresan los médicos, lo que significa una separación de ambos tipos de logro en el caso de las médicas.

## **Agradecimientos**

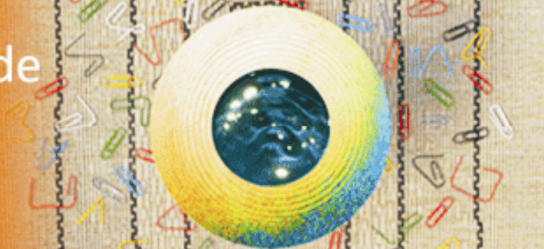
A la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y al Fondo de Investigación Sanitaria por la ayuda concedida para la investigación y a las médicas y médicos de familia por su colaboración.

## **Referencias**

ARTHUR, Michael, KHAPOVA, Svetlana, WILDEROM, Celeste. Career success in a boundaryless career world. **Journal of Organizational Behavior**, Estados Unidos, v. 26, p. 177-202, 2005.

# VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología e Género

De 05 a 09 de abril de 2010



BARBERÁ, Ester. CANTERO, María José. Evolución Histórica del motivo de logro desde la perspectiva de género. **Revista de Historia de la Psicología**, Valencia, v. 15, n.3-4. p. 439-449, 1994.

BARBERÁ, Ester; RAMOS, Amparo; SARRIÓ, Maite; CANDELA, Carlos. Más allá del "techo de cristal". Diversidad de género. **Revista del Ministerio de Trabajo y de Asuntos sociales**, Madrid, v. 40, p. 55-68, 2001.

BURIN, Mabel. **El deseo de poder en la construcción de la subjetividad femenina. El "techo de cristal" en la carrera laboral de las mujeres.** En: HERNANDO GONZALO, Almudena. ¿Desean las mujeres el poder?. Cinco reflexiones en torno a un deseo conflictivo. Madrid: Minerva, 2003. p. 35-70.

CAICEDO TORRES, María Adela. Éxito profesional. **Códice**, Colombia, v. 3, n. 1, p. 41-47, 2007.

CORIA, Clara. **Los laberintos del éxito. Ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos.** Barcelona: Paidós, 1993.

DELGADO, Ana; TÁVORA RIVERO, Ana; ORTIZ GOMEZ, Teresa. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. **Estudios de sociolingüística**, Vigo, v. 4, n. 2, p. 589-611, 2003.

DYKE, Lorraine; STEVEN, Murphy. How we define success: a qualitative study of what matters most to women and men. **Sex Roles**, Estados Unidos, v. 55, n. 5-6, p. 357-371, 2006.

ELSTON, Mary Ann. **Women and medicine: The future.** Londres: Royal College of physician, 2009.

HESLIN, Peter. Conceptualizing and evaluating career success. **Journal of Organizational Behavior**, Estados Unidos, v. 26,p. 113-136, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadística de Enseñanza Universitaria. Curso 2007-2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp405&file=inebase&L=0>. Consultada el 20 de noviembre, 2009.

JAGSI, Reshma; GUANCIAL, Elizabeth; COOPER WOROBEY, Cynthia; HENAULT, Lori; CHANG, Yuchiao; STARR, Rebecca, et al. The "gender gap" in authorship of academic medical literature. A 35-year perspective. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 355, n. 3, p. 281-287, 2006.

JIMENEZ RODRIGO, María Luisa; MARTÍNEZ- MORANTE, Emilia; GARCÍA-CALVENTE, María del Mar. Through gender parity in scientific Publications. **Journal of Epidemiology and Community Health**, England, v. 62, p. 474-475, 2008.

KIRCHMEYER, Catherine. Determinants of managerial career success: Evidence and explanation of male/female differences. **Journal of Management**, Estados Unidos, v.24, n.6, p. 673-692, 1998.

LAGARDE, Marcela. **Identidad de género.** Managua: Cenzontle; 1999.

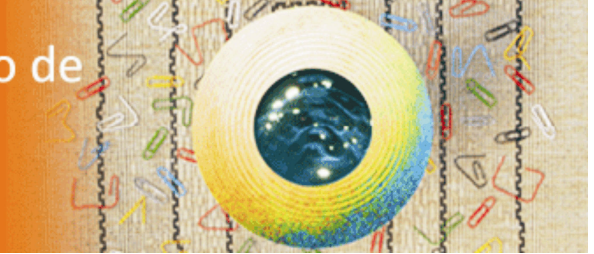
LÓPEZ SÁEZ, Mercedes. **Trayectorias personales y profesionales de mujeres con estudios tradicionalmente masculinos. Estudio II. Universidad.** Madrid: Melsa. CIDE Instituto de la mujer, 2003. p. 177-187.

MARKUS, María. **Mujeres, éxito y sociedad civil. Sumisión o subversión del principio de logro.** En: BENHABIB, Sheyla; CORNELL, Drucilla. Teoría feminista y teoría crítica. Ensayo sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío. Valencia: Alfons el Magnánim, 1990. p.151-168.



# VIII Congreso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero

De 05 a 09 de abril de 2010



MARTÍNEZ PÉREZ, María Dolores; OSCA SEGOVIA, Amparo. El éxito profesional desde una perspectiva de género: propuesta de un modelo. **Revista de Psicología General y Aplicada**, Madrid, v.57, n. 2, p. 193-208, 2004.

OBSERVATORIO SALUD DE LAS MUJERES. **Informe salud y género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

ORTIZ GÓMEZ, Teresa; BIRRIEL SALCEDO, Johanna; ORTEGA DEL OLMO, Rosa. Género, profesiones sanitarias y salud pública. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 18, p. 189-194, 2004.

REED, Victoria; BUDDEBERG-FISCHER, Barbara. Career obstacles for women in medicine: an overview. **Medical Education**, Inglaterra, v. 35, p. 139-147, 2001.

SCHIAFFINO, Anna; GARCÍA, M; FERNANDÉZ, E. Autoría y presentación de resultados según el género en cuatro revistas biomédicas españolas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.15, n.3, p. 251-254, 2001.

SHOLLEN, Lynn; BLAND, Carole; FINSTAD, Deborah; TAYLOR, Anne. Organizational climate and family life: How these factors affect the status of women faculty at one medical school. **Academic Medicine**, Estados Unidos, v. 84, p. 87-91, 2009.

VELASCO, Sara. **Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención**. Madrid: Instituto de la Mujer, 2006.