

Expectativas acerca del futuro en una población de cardiólogos argentinos

Expectations about the Future in a Population of Argentine Cardiologists

ADRIANA I. SALAZAR^{1,†}, CARLOS BOISSONNET^{MTSAC, 1}, MARÍA I. SOSA LIPRANDI^{MTSAC, 2}, MARCELO BOSCARO^{1, 3}, ALEJANDRA N. FRANCESIA⁴, EZEQUIEL BESMALINOVICH⁵, EZEQUIEL ZAIDEL²

RESUMEN

Introducción: Estudios sobre la situación profesional de los cardiólogos en la Argentina mostraron peor calidad de vida relacionada con menores ingresos y peores condiciones laborales. Conocer las percepciones y expectativas actuales y alejadas de los cardiólogos resulta una información necesaria para la organización individual y propia de cada profesional, así como para el diseño de políticas públicas.

Objetivos: Describir las percepciones de los cardiólogos en la Argentina sobre su situación profesional y económica actual y futura y analizar las características individuales y comunes asociadas con las percepciones negativas.

Material y métodos: Estudio observacional, de corte transversal, por medio de una encuesta realizada por vía electrónica sobre características demográficas, laborales y percepciones de situación profesional actual, a 10 años y al retiro, definiendo como percepción negativa las respuestas “Mala” o “Muy mala”.

Resultados: Contestaron 236 cardiólogos: 26% mujeres, 57,1% de CABA y conurbano. La situación profesional percibida fue: a) Actual: Mala/Muy mala 9,7%, Regular 45,1%, Buena/Muy buena 45,1%; b) A 10 años: Mala/Muy mala 17,1%, Regular 44,6%, Buena/Muy buena 38,3%; c) Al retiro: Mala/Muy mala 49,1%, Regular 30,3%, Buena/Muy buena 20,6%.

El análisis univariado mostró mayor expectativa negativa al retiro en cardiopatía ($p = 0,007$), factores de riesgo coronario ($p = 0,027$), ansiedad/depresión ($p = 0,016$), principal sostén del hogar con más de tres hijos/familiares a cargo ($p = 0,034$) y haber padecido alguna enfermedad ($p = 0,03$).

En el análisis de componente principal se estableció la presencia de cuatro factores (o variables ocultas), que definimos exploratoriamente como mayor vulnerabilidad, sobreadaptación, enfermedad manifiesta y autonomía con aislamiento.

Conclusiones: Aunque los cardiólogos ven el presente favorablemente, el futuro cercano y el retiro impresionan como una realidad amenazadora y negativa. Tal vez sea oportunidad de tener un rol crítico y profundo con actitud de cambio de los modos de trabajar para promover un futuro más seguro y mejor.

Palabras clave: Condiciones de trabajo - Factores socioeconómicos - Vulnerabilidad social - Médicos - Argentina

ABSTRACT

Background: Studies on the professional status of cardiologists in Argentina demonstrated that worse quality of life was associated with lower incomes and poorer working conditions. Knowledge of cardiologists' present and future perceptions and expectations is necessary for the individual and proper organization of each professional, as well as for the design of public policies.

Objectives: The aim of this study was to describe the present and future perceptions about the professional and economic situation of cardiologists in Argentina and analyze individual and common characteristics associated with negative perceptions.

Methods: This was an observational, cross-sectional study, based on an electronically delivered survey on the demographics, working characteristics and present, in 10 years and at retirement perceptions of their professional situation, defining “Bad” or “Very bad” answers as a negative perception.

Results: A total of 236 cardiologists answered the survey, 26% were women and 57.1% were from CABA and the Buenos Aires suburban area. The perceived professional situation was: a) Present: Bad/Very bad 9.7%, Fair 45.1%, Good/Very good 45.1%; b) In 10 years: Bad/Very bad 17.1%, Fair 44.6%, Good/Very good 38.3%; c) At retirement: Bad/Very bad 49.1%, Fair 30.3%, Good/Very good 20.6%.

Univariate analysis showed greater negative expectation at retirement in: heart disease ($p=0.007$), coronary risk factors ($p=0.027$), anxiety/depression ($p=0.016$), main breadwinner supporting more than three children/relatives ($p=0.034$) and having suffered a disease ($p=0.03$).

REV ARGENT CARDIOL 2015;83:549-555. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.7298>

Recibido: 01/10/2015 - Aceptado: 10/11/2015

Dirección para separatas: Adriana I. Salazar y Carlos Boissonnet - CEMIC - Galván 4102 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - e-mail: Adriana Salazar: aisalazar32@gmail.com; Carlos Boissonnet: pboisson@intramed.net

Área Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología

^{MTSAC} Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

[†] Para optar a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

¹ CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno”) - Área Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología

² Sanatorio Güemes - Área Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología

³ Hospital Zonal General de Agudos “Magdalena Villegas de Martínez”, General Pacheco

⁴ Hospital de General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Área Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología

⁵ Hospital Aeronáutico Central - Área Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología

The presence of four factors (or hidden variables) was established in the principal component analysis, probably defined as: vulnerability, over-adaptation, overt disease and insulated autonomy.

Conclusions: Although cardiologists consider that the present is promising, the near future and retirement impress like a threatening and negative reality. This could then be the opportunity to assume a deep and critical attitude to change the ways of working in order to promote a safer and better future.

Key words: Working Conditions - Socioeconomic Factors - Social Vulnerability - Physicians - Argentina

Abreviaturas

CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	SAC	Sociedad Argentina de Cardiología
GBA	Gran Buenos Aires	SMVM	Salario Mínimo, Vital y Móvil

INTRODUCCIÓN

En la última década, en investigaciones del Comité de Bioética y el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) se analizaron datos sobre la situación profesional de los cardiólogos en relación con su calidad de vida que mostraron gran disconformidad y alta correlación entre nivel de ingresos y percepción sobre calidad de vida. (1, 2)

Una publicación reciente de Salazar y Boissonnet (3) deja entrever que a pesar de este descontento hay escasas líneas de investigación sobre la situación del médico en ámbitos de salud pública y privada.

En el año 2012, el Área Políticas de Salud de la SAC relevó también entre los cardiólogos opiniones sobre cuestiones laborales, gremiales y abordajes de la “problemática profesional”. Se diseñó entonces esta encuesta para actualizar información sobre los médicos cardiólogos, sus modos de trabajar y expectativas futuras cercanas y lejanas, datos que, triangulados con otras informaciones y en un enfoque multidisciplinario, podrían transferirse a quienes deberían ocuparse de los derechos de los médicos, su bienestar y la salud pública. (4-6)

El objetivo de este trabajo es describir las percepciones de los cardiólogos en la Argentina sobre su calidad de vida profesional actual y futura y analizar patrones de características individuales asociadas con las percepciones negativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en base a una encuesta destinada a todos los cardiólogos de la base de datos SAC, enviada por vía electrónica a través del *newsletter* (e-mail) y disponible en la página web de la SAC para ser contestada de manera autogestionada y anónima entre septiembre de 2013 y mayo de 2014. Consistió de 25 preguntas de opción múltiple enfocadas en distintos dominios: Demográficos: edad, género, lugar; Curriculares: año de graduación, subespecialidades; Situación laboral: carga horaria, trabajos, ingresos, formas de contratación, Situación de sostén del hogar (principal sostén del hogar o no); Salud, Prácticas recreativas/deportivas, Opinión sobre riesgos profesionales, Percepciones sobre situación profesional propia: presente, a la década siguiente y al retiro.

A los fines de su comparabilidad con otros estudios, los ingresos se definieron como múltiplos del Salario Mínimo, Vital y Móvil (SMVM), que en enero de 2014 correspondía a \$3.600.

Las preguntas sobre percepciones de la situación profesional propia permitían 5 opciones de respuesta: Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala, las que en los análisis de asociación se dicotomizaron, considerando percepción “favorable” las respuestas Muy Buena, Buena y Regular, y “desfavorable” las respuestas Mala y Muy mala.

Análisis estadístico

El estudio fue observacional, de corte transversal. El análisis estadístico se llevó adelante en tres etapas. En la **primera** se realizó análisis univariado por prueba de chi cuadrado tomando las percepciones presentes y futuras como variables dependientes, y como variables independientes la edad (dicotomizada en > 40 años), el género, la ubicación geográfica (dicotomizada como CABA y GBA *versus* el resto), la carga horaria laboral (dicotomizada en > 40 horas semanales), si es principal sostén del hogar con 3 o más personas a cargo, si vive solo (y por ende, principal sostén de su hogar unipersonal), ingresos (dicotomizada en > 6 SMVM), si trabaja tanto en relación de dependencia como de modo autónomo *versus* solo trabajar en una de dichas modalidades, factores de riesgo coronario, cardiopatía, ansiedad y/o depresión, o presencia de alguna enfermedad. Las otras variables relevadas no se incluyeron en este análisis ni en los posteriores por ser poco frecuentes (p. ej., cáncer), por ser variables nominales con categorías múltiples de dificultoso análisis estadístico (p. ej., subespecialidad) o por ser consideradas por los investigadores poco relacionales con el objetivo de este artículo (p. ej., acciones propuestas).

En una **segunda etapa** se efectuó análisis de factores (análisis de componente principal) exploratorio, como modo de identificar si existían “variables ocultas” unificadoras de la relación entre los datos recabados y que pudieran explicar más la variabilidad de la muestra. (7, 8) En dicho modelo de análisis se incluyeron las variables independientes citadas en el párrafo anterior.

En una **tercera etapa** se analizó por prueba de la *t* de Student la asociación de los factores detectados en el análisis de componente principal con las percepciones a presente y a futuro como un modo inicial de confirmar la validez de los constructos teóricos que pudieren irse generando de este análisis de factores exploratorio.

Para el análisis estadístico se utilizó el Programa STATA 11.0.

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Área Políticas de Salud de la SAC. Debido a que la encuesta estaba destinada solo a médicos para explorar datos demográficos y percepciones sobre situación profesional, no se consideraron necesarias otras valoraciones. Las respuestas al cuestionario se asumieron como “consentimiento”. No se solicitaron detalles con los que se pudiera identificar a los encuestados.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta 236 profesionales; 60 (25%) de sexo femenino y 176 (75%) masculino. El 4% tenían menos de 30 años, el 55% 31 a 50 años, el 31% 51 a 60 años, el 8% 61 a 70 años y el 2% más de 71 años.

En la Tabla 1 A y B se muestran las características principales de la población.

Sobre su estado de salud, 49 sujetos (20,8%) refirieron trastornos de ansiedad/depresión, 9 (3,8%) enfermedades oncológicas, 18 (7,6%) enfermedades cardiovasculares, 63 (27,3%) factores de riesgo cardio-

Tabla 1. Descripción de sujetos y situación laboral

A. Descripción de sujetos

		%
Especialidad	Cardiólogo	77,0
	Clínico con orientación cardiológica	17,5
	Residente de Cardiología	5,5
Subespecialidades principales	Ninguna	21,1
	Cardiología del deporte	7,6
	Eco-Doppler cardíaco/vascular	22,9
	Electrocardiografía	1,3
	Electrofisiología	6,4
	Investigación	3,4
	Hemodinamia	4,2
	Medicina nuclear	1,7
	Unidad coronaria	31,8
Lugar de ejercicio	CABA - Conurbano	57,1
	Resto de la provincia de Buenos Aires	14,9
	Otras provincias del Interior	26,6
	Fuera de la Argentina	1,3

B. Situación laboral

		%	(n = 231)
Horas de trabajo semanales	< 20	15,6	36
	20 a 40	46,8	108
	40 a 60	29,0	67
	> 60	8,7	20
		%	(n = 207)
Modalidades de trabajo	Relación de dependencia	8,2	17
	Autónomo	39,6	82
	Ambos modos: dependencia y autónomo	52,2	108
		%	(n = 236)
Situación de sostén del hogar/personas a cargo	No principal sostén económico	23,3	55
	Vive solo (único sostén)	16,5	39
	PSH con hasta 2 hijos/familiares a cargo	40,7	96
	PSH con 3 o más hijos/familiares a cargo	19,5	46
		%	(n = 197)
Ingresos mensuales	< 2 SMVM	3,5	7
	2-4 SMVM	13,2	26
	4-6 SMVM	24,9	49
	6-8 SMVM	23,9	47
	8-10 SMVM	13,2	26
	> 10 SMVM	21,3	42

PSH: Principal sostén del hogar. SMVM: Salario Mínimo, Vital y Móvil.

vascular, 33 (14,0%) otras enfermedades, mientras que 111 sujetos (47,0%) no refirieron ninguna enfermedad.

Con respecto a las percepciones actuales y futuras de su situación, 175 cardiólogos respondieron a las preguntas específicas (74,2% del total); un porcentaje no menor de los encuestados no respondió dichas preguntas.

En la Figura 1 se grafican los tipos de percepciones referidas por los médicos encuestados acerca de su situación actual, de la próxima década y del retiro.

Se analizó la asociación de las variables independientes ya citadas con las percepciones, como se detalla en la Tabla 2.

En la última etapa se realizó el *análisis exploratorio de factores* con la finalidad de explorar otras relaciones entre las variables (“análisis de componente principal”). Este tipo de análisis busca patrones de relaciones entre las variables e intenta explicar ese patrón en términos de un número (menor) de variables subyacentes, denominadas “factores”. Estos factores pueden existir en la realidad o constituir constructos teóricos explicativos que engloben la información asociada de diversas variables vinculadas entre sí. Esta es una metodología habitual en ciencias sociales que auxilia en la elaboración de comportamientos de variables a veces menos evidentes. Se siguió para este análisis la metodología usual. (7, 8)

En primer lugar, el análisis de componente principal detectó la existencia de cuatro factores (se utilizó el criterio convencional de considerar como real un factor si su *eigenvalue** era > 1). El factor 1 concentró el 20,8% de la variabilidad de la muestra, el factor 2 el 16,2%, el factor 3 el 12,8% y el factor 4 el 9,7% (total entre los cuatro factores: 59,5%) (Tabla 3).

Luego se realizó la rotación (matemática) del modelo y se establecieron las asociaciones de cada variable con cada factor (“carga”), determinándose por convención (criterio habitual) que una variable está vinculada

* *Eigenvalue* es una expresión matemática que en este caso indica la magnitud de varianza explicada por ese factor.

a un factor cuando “carga” a dicho factor en $> 0,5$. En la Tabla 4 se detallan las variables que cargan a cada factor, del 1 al 4.

De este modo pudimos establecer (exploratoriamente) la presencia de cuatro factores (o variables ocultas):

- Factor 1: al cual cargan básicamente las variables asociadas con enfermedad (presencia de enfermedad de cualquier tipo, en especial factores de riesgo coronario, ansiedad o depresión). *A priori* hipotetizamos el contenido de este factor como la autopercepción de “Vulnerabilidad física o psicológica”.
- Factor 2: al cual cargaron las variables sexo masculino, mayor carga laboral horaria y mayor ingreso. Conceptualizamos este factor como “Adaptación/sobreadaptación a la exigencia”.
- Factor 3: en alguna medida similar al factor 1, dado que carga aquí otra variable de enfermedad presente (cardiopatía), además de mayor edad. Dada la posibilidad de una mayor gravedad percibida de la cardiopatía en comparación con las otras enfermedades citadas en la Tabla 4 (más aún tratándose de una muestra de cardiólogos), consideramos a este factor como “Percepción de daño” o “Presencia de mayor daño” por parte del cardiólogo.
- Factor 4: el que mostró menor peso en el análisis de factores (menor *eigenvalue*), al cual cargaron dos variables opuestas: vive solo y no es sostén de familia. Cabría esperar que esta situación vital fuera la habitual en personas de menor edad pero, dado que la variable edad no cargó a este factor, interpretamos que se trataría de otro componente personal de valor independiente, el cual inicialmente rotulamos como “Aislamiento y autonomía”.

Por último y para iniciar el análisis de validez de los constructos teóricos que se generan de este modo, estudiamos la asociación de los factores así establecidos con las percepciones actuales y a futuro (Tabla 5).

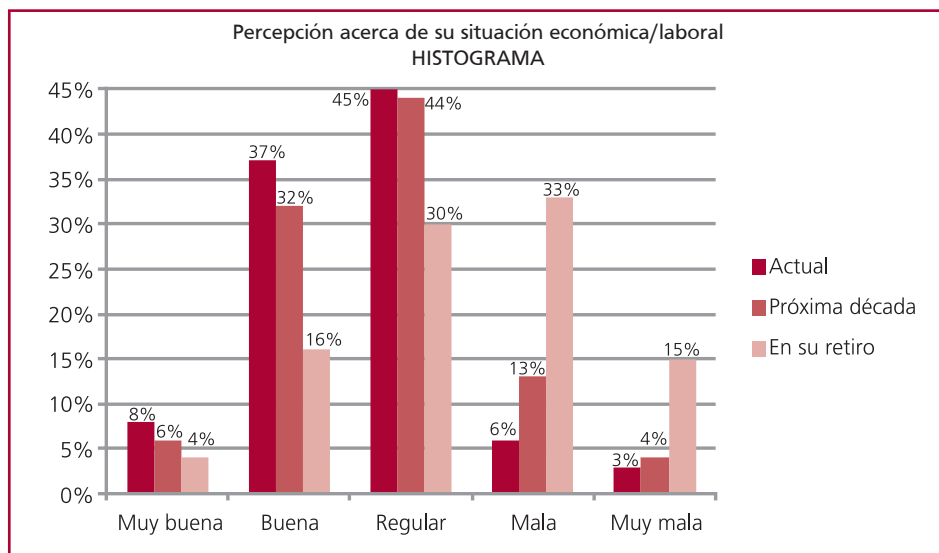


Fig. 1. Percepción actual, próxima década y al retiro.

Tabla 2. Relaciones entre las características poblacionales y las percepciones

Característica	Percepción actual				p	Percepción a próxima década				p	Expectativa al jubilarse				
	Favorable (n = 158)		Desfavorable (n = 17)			Favorable (n = 145)		Desfavorable (n = 30)			Favorable (n = 89)		Desfavorable (n = 86)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo masculino	120	75,9	11	64,7	0,31	113	77,9	18	60	0,039	70	78,7	62	74,4	0,31
Edad > 40	113	77,9	6	42,9	0,004	101	75,4	18	72	0,721	53	67,9	65	81,3	0,055
Trabaja ≥ 40 horas	102	64,6	12	70,6	0,63	97	66,9	17	56,7	0,284	59	66,3	54	62,8	0,63
PSH con ≥ 3 personas a cargo	39	24,7	0	0	0,020	36	24,8	3	10	0,077	14	15,7	25	29,1	0,034
Vive solo	17	10,8	7	41,2	0,001	16	11	8	26,7	0,023	13	14,6	12	14	0,9
Cardiopatía	13	8,2	4	23,5	0,043	12	8,3	5	16,7	0,158	3	3,4	13	15,1	0,007
Factores de riesgo coronario	53	34	3	17,6	0,172	46	31,9	10	34,5	0,790	22	24,7	34	40,5	0,027
Ansiedad/depresión	38	24,1	5	29,4	0,626	33	22,7	10	33,3	0,221	15	16,9	28	32,6	0,016
Alguna enfermedad	85	53,8	10	58,8	0,693	75	51,7	20	66,6	0,135	38	42,7	56	65,1	0,003
Autónomo y en relación de dependencia al mismo tiempo	88	55,7	8	47,1	0,497	84	57,9	12	40	0,072	54	61,4	41	47,7	0,07
Ingresos ≥ 6 SMVM	93	61,2	4	26,7	0,010	90	64,3	7	25,9	0,000	52	62,7	44	53	0,21
CABA o GBA	80	55,9	8	72,7	0,28	72	55,8	16	64	0,449	42	53,8	46	60,5	0,4

PSH: Principal sostén del hogar. SMVM: Salario Mínimo, Vital y Móvil. CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. GBA: Gran Buenos Aires.

Tabla 3. Análisis de factores

Factor	Eigenvalue	% varianza explicada por el factor	% varianza explicada acumulativa
Factor 1	2,28827	20,8	20,8
Factor 2	1,78072	16,2	37,0
Factor 3	1,41367	12,9	49,8
Factor 4	1,06229	9,7	59,5

Tabla 4. Carga entre variables y factores

Variable	Cargas a cada factor			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Alguna enfermedad	0,8571	-0,0045	0,2051	0,0238
Ansiedad/depresión	0,7910	0,0002	-0,2461	0,0995
Factores de riesgo CV	0,7713	0,0848	0,2040	-0,2074
Sexo masculino	0,1261	0,7563	-0,0256	-0,0729
Ingresos	-0,0687	0,7741	0,1881	-0,1902
Horas de trabajo	0,0326	0,5632	-0,4583	0,4073
Edad	0,1061	0,1432	0,7733	-0,0094
Cardiopatía	0,3022	-0,0249	0,5462	0,1499
Vive solo	-0,0161	-0,0538	0,0455	0,8281
PSH con ≥ 3 personas a cargo	0,0641	0,3239	0,0327	-0,5712

Se destacan en negrita las variables que cargan > 0,5 a un determinado factor. CV: Cardiovascular. PSH: Principal sostén del hogar.

Se observa con bastante claridad que los factores detectados tienen entidad conceptual propia (validez de constructo), dado que se asocian con percepciones acerca de diferentes momentos en el tiempo.

Así, al momento actual y a 10 años, tienen peor percepción los colegas con mayor puntaje en el factor “Aislamiento”, con una situación inversa en relación con el factor “Adaptación/sobreadaptación”: aquellos

Tabla 5. Factores: asociación con expectativa desfavorable al retiro. Puntajes estadísticos de cada factor, según expectativa

Factor	Percepción actual			Percepción a próxima década			Expectativa al jubilarse		
	Desfavorable	Favorable	p	Desfavorable	Favorable	p	Desfavorable	Favorable	p
1	0,45 ± 0,10	0,48 ± 0,04	0,82	0,57 ± 0,08	0,45 ± 0,04	0,18	0,58 ± 0,05	0,37 ± 0,05	0,002
2	2,18 ± 0,15	2,53 ± 0,05	0,047	2,13 ± 0,13	2,56 ± 0,05	0,002	2,42 ± 0,08	2,56 ± 0,06	0,19
3	1,44 ± 0,16	1,67 ± 0,05	0,12	1,62 ± 0,11	1,65 ± 0,05	0,76	1,76 ± 0,06	1,51 ± 0,54	0,004
4	0,71 ± 0,06	0,43 ± 0,02	0,000	0,58 ± 0,05	0,43 ± 0,02	0,01	0,42 ± 0,03	0,49 ± 0,03	0,12

Expectativa desfavorable: respuesta "Mala" o "Muy mala" a la pregunta específica.

Expectativa favorable: respuesta "Muy buena", "Buena" o "Regular" a la misma pregunta.

con puntajes mayores tienen percepción más favorable. Al momento del retiro, la percepción es más negativa en los colegas cuyas respuestas en este estudio permiten asociarlos al factor "Vulnerabilidad percibida" o al factor "Cardiopatía".

DISCUSIÓN

Nuestro estudio mostró la existencia de una variación importante en las percepciones sobre su realidad actual y a futuro en una muestra de médicos argentinos, (9) las que se asocian con diferentes variables de índole demográfica, laboral, de salud y de modo de vida, de las cuales este cuestionario seguramente pudo detectar una parte, aunque significativa. Estas variables se agruparon en cuatro factores, que *a priori* denominamos "Vulnerabilidad percibida", "Adaptación", "Cardiopatía" y "Aislamiento" en base a las variables que cargan estadísticamente sobre dichos factores. Este análisis permite sugerir múltiples inferencias psicosociales y socioeconómicas sobre la problemática de los médicos en la Argentina que abren un camino posible de investigación a futuro. (10-13)

Una encuesta sobre bienestar médico de la SAC de 2007 (1) mostró datos sobre la situación de los cardiólogos, que evidenció los aspectos laborales y personales de mayor correlación con mejor percepción de calidad de vida. (2) Otra intentó explorar la opinión sobre el rol de la SAC para tratar la problemática con respuestas favorables hacia mayor participación societaria. Se consideró fundamental continuar en la línea, por lo que se organizó esta nueva encuesta con el principal interrogante puesto en las percepciones de los cardiólogos acerca del momento actual, la próxima década y el retiro y en las variables asociadas.

Aun cuando la cantidad de respuestas obtenidas no es una muestra de gran tamaño y no se puede arrogar representatividad poblacional, la proponemos como aproximación inicial al problema. (14, 15) Cabe mencionar las dificultades para realizar este tipo de investigación en el presente, con bajo interés en participar en encuestas voluntarias de este tipo, en el contexto del descontento y escepticismo de los profesionales sobre la temática.

Respecto de los ingresos, aunque a simple vista el valor promedio y los prevalentes son varias veces el SMVM, se deben considerar la alta carga horaria y los estilos de contratación. Un gran porcentaje de profesio-

sionales son autónomos y sin beneficios como vacaciones, aguinaldo, licencias por enfermedad. Los valores reportados tampoco consideran gastos estructurales o impositivos de la profesión como alquileres/compra de propiedades, secretaria, equipamiento, administración, insumos médicos.

Por otro lado, aunque las condiciones laborales son condicionantes claros de las percepciones, la carga horaria no define sensación de futuro. El modo de trabajo de un único tipo (autónomo o en relación con dependencia) muestra correlación con peor percepción del futuro. Ejercer como autónomo exclusivamente muestra peor percepción; en cambio, el tipo mixto (ambas formas) resultaría mejor. En contraparte, la situación de principal sostén del hogar con más de 3 personas a cargo se asocia con peor percepción de futuro cercano y alejado.

Se observan diferencias si se consideran enfermedad cardiológica y ansiedad/depresión: en este caso, la proporción de cardiólogos con percepción negativa acerca de su futuro es mayor.

Buscando relaciones evidentes u ocultas entre las variables, se decidió usar el análisis de factores, metodología más usual en ciencias sociales. Dichos "factores" expresan variables ocultas, en el sentido de que no se buscaron explícitamente cuando se efectuó la recolección de datos; podrían ser más potentes que las variables disponibles a la hora de explicar lo que ocurre y por ser elementos más profundos (en realidad, el centro de un fenómeno observado). Estos factores se detectan mediante el análisis de la agrupación de las variables entre sí.

Identificamos cuatro factores: El factor 1 es la agrupación de alguna enfermedad, ansiedad o depresión/factores de riesgo coronario. El factor 2 es la agrupación de sexo masculino, más horas de trabajo (≥ 40 semanales), mayores ingresos. El factor 3 es la agrupación de edad y cardiopatía. El factor 4 es la agrupación de vivir solo, ser su propio sostén económico y no tener personas a cargo.

Luego analizamos asociaciones de estos factores con las percepciones a presente y a futuro y pudimos ver que lo hacen de modo diferencial según el factor. Así, los factores 1 y 3 se asocian con mala/muy mala percepción a la jubilación, mientras que los factores 2 y 4 se asocian con mala/muy mala percepción actual y en la próxima década (el factor 2, inversamente).

Este modo de analizar los datos permite inferir con mayor fortaleza metodológica que habría asociación entre las variables que medimos y las percepciones.

Limitaciones

Las limitaciones son variadas, aunque no menoscaban las conclusiones. En primer lugar, desde las ciencias sociales se reconoce que la metodología de los estudios cuya recolección de datos se realiza por la Web o el correo electrónico los hace de difícil extrapolación al universo que pretende estudiarse dado que, por un lado, los sujetos que hacen mayor uso de la Internet podrían no ser iguales a la población general y, por otro lado, no es posible constituir un marco muestral confiable sobre el cual calcular las tasas de no respuesta. La European Society for Opinion and Marketing Research (ESOMAR) establece como uno de los principios para considerar a un sujeto con potencial para ser incluido en un estudio basado en el correo electrónico (y por ende, parte del universo pasible de muestrear) el que dicho individuo tenga una “expectativa razonable” de que puede ser invitado a participar, (16) situación que no puede ser establecida con precisión en la inmensa mayoría de los casos. Siendo así, la opinión generalizada es que este tipo de estudios no pueden en ningún caso arrogarse representatividad poblacional, motivo por el cual en nuestro estudio no se hizo ningún esfuerzo en estimar tasas de no respuesta. (17)

Otra limitación significativa es la ya conocida y usual de los estudios de corte transversal, que no permiten establecer inferencias causa-efecto, dada la ausencia de la premisa de temporalidad.

Finalmente, el cuestionario utilizado fue desarrollado *ad hoc* para este estudio y sus características psicométricas podrían haber sido imperfectas. Sin embargo, la fuerte asociación entre los factores detectados y las perspectivas de los profesionales aportan un primer grado de validación del cuestionario y contribuyen además al conocimiento de los interrogantes objetivo del estudio.

CONCLUSIONES

Esta encuesta permite confirmar y ampliar datos previos en la mayor parte de los dominios. Aunque los cardiólogos de nuestra muestra tuvieron percepciones mayormente favorables sobre el presente, sus percepciones sobre el futuro y el retiro fueron mayoritariamente no favorables. Existiría cierta asociación entre variables que constituyen “patrones” donde la profesión, la subjetividad, los modos de ejercicio individuales, la situación personal y familiar muestran diferentes estilos o comportamientos que merecen estudio. Estos patrones muestran asociaciones diferentes con las percepciones actuales y expectativas a futuro, y su conocimiento podría permitir establecer conductas de prevención.

De sus propias respuestas se puede teorizar sobre la conveniencia de que los cardiólogos tengan otro rol y una reflexión crítica sobre sus modos de trabajar y su identidad laboral. Analizar futuras gestiones sobre el tema sería obligatorio para promover la construcción de un futuro más seguro y mejor de los profesionales, así como permitir que esta mejora pueda trasladarse a la atención de los pacientes.

Agradecimientos

Al Licenciado Jorge Kamlofsky, por su colaboración en elaboración, lectura y análisis inicial de la encuesta.

A Pablo Balbi, por su colaboración en la carga de datos y varias etapas del trabajo.

A María Elizalde, por su colaboración en distintas etapas del trabajo.

Al Dr. Raúl A. Borracci y al Dr. Hernán C. Doval, por su sostenida actitud para impulsar esta línea de investigación en el largo plazo.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

- Calderón JG, Borracci RA, Angel A, Sökn F, Agüero R, Manrique JL y cols. Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:359-67.
- Borracci RA, Calderón JG, Sökn F, Angel A, Lerman J, Darú V y col. Relación entre el nivel de ingresos y la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:352-8.
- Salazar AI, Boissonnet C, Galli M, Cáceres Monié C, Álvarez E, Boscaro M y cols. “Trabajar mejor para trabajar mejor.” ¿Se discute la problemática profesional en el Congreso Argentino de Cardiología? ¿Se ocupa el médico de esta problemática? *Rev Argent Cardiol* 2012;80:47-52.
- Manrique JL. Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. *Rev Argent Ciruj* 2006;91(Supl):77-153.
- Varini SD. La actual realidad social y económica de los médicos exige otra mirada. *Rev Argent Cardiol* 2006;74:255-6.
- Doval HC. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:336-9.
- Norman G, Streiner D. *Biostatistics: The Bare Essentials* Editorial: Principal components and factor analysis. Ed People's Medical Publishing House; 2014. p. 194-209.
- Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista LP. *Metodología de la Investigación*. 4.ª ed. Ed McGraw Hill / Interamericana Editores SA de CV; 2014. p. 208-14.
- Calderón JG, Borracci RA, Sökn F, Angel A, Darú V, Lerman J y cols. Encuesta sobre la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:389-95. <http://doi.org/87f>
- Tajer CD. Una mirada de la cardiología argentina en la perspectiva del bicentenario. Segunda parte. Carta del Director. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:98-102.
- Borracci RA. La conducta de los médicos, los arquetipos sistémicos y la lógica de las extinciones. *Rev Argent Cardiol* 2007;75:387-9.
- Waldman SV, López Diez JC, Cohen Arazí H, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among Cardiology Residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009;33:296-301. <http://doi.org/d5rkzj>
- Iglesias R. ¿A quién debe servir la investigación? ¿Qué preguntas debe responder? *Rev Argent Cardiol* 2009;77:437-8.
- Ospina EG, Reveiz Herault L, Cardona AF. Uso de bases de datos bibliográficas por investigadores biomédicos latinoamericanos hispanoparlantes: estudio transversal. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17:230-6. <http://doi.org/dk3h9z>
- Balter O, Balter KA. Demands on web survey tools for epidemiological research. *Eur J Epidemiol* 2005;20:137-9. <http://doi.org/frwtkv>
- ESOMAR Guideline for Online Research; última actualización Agosto de 2011. Descargada el 4 de agosto de 2015 de <https://www.esomar.org/knowledge-and-standards/codes-and-guidelines/guideline-for-online-research.php>
- Nonnecke AD, Preece B. Electronic survey methodology: A case study in reaching hard to involve Internet Users. *International Journal of Human-Computer Interaction* 2003;16:185-210. <http://doi.org/dxbrh5>