UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

**ASOCIACIÓN ENTRE TIPO DE CONTRATO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
MÉDICOS DEL SECTOR PÚBLICO, PERÚ 2016.**

TESIS

Para optar por el título profesional de Médico Cirujano

AUTORES

Orlandini Pezo, Giulia (0000-0003-0378-3349)

Ruidias Hopkins, Juan Manuel (0000-0001-8308-1069)

ASESOR

Pereyra Elías, Reneé Francisco (0000-0001-6398-4287)

Lima, Noviembre **2019**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el tipo de contrato laboral y la presencia de síntomas depresivos en médicos del sector público, Perú 2016.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (ENSUSALUD). La población incluyó médicos de establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA-Gobiernos Regionales) y el Seguro Social (EsSalud) del Perú. El desenlace (síntomas depresivos) se midió mediante la escala Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). La variable de exposición, tipo de contrato, incluye las siguientes modalidades: Locación de Servicios, Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Contrato a Plazo Fijo (sujeto a modalidad), Nombrado (D.L. 276) o Plazo Indeterminado (D.S. 728). En el análisis, se realizó el cálculo de las Razones de Prevalencias (RP) crudas y ajustadas con un Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: Se incluyeron 2041 médicos (MINSA-Gobiernos Regionales: 1012; EsSalud: 1029). El 26,3% en MINSA-Gobiernos Regionales fueron mujeres; y, en EsSalud, 30,6%. El promedio de la edad fue 45 años (desviación estándar: 11,8). La prevalencia de síntomas depresivos en MINSA-Gobiernos Regionales fue de 18,7% y 15,8% en EsSalud. En MINSA-Gobiernos Regionales, el contrato más frecuente fue el de Nombrado y en EsSalud, Plazo Indeterminado. En MINSA-Gobiernos Regionales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de síntomas depresivos y tipo de contrato. Por otro lado, en EsSalud, encontramos que, a comparación del grupo contratado bajo la modalidad de Nombrado, los de Plazo Indeterminado tenía 4 veces mayor prevalencia de síntomas depresivos (IC95%: 1,3 a 11,7); Contrato a Plazo Fijo: 6 veces (IC95%: 1,5 a 25,0); CAS : 10,4 veces (IC95%: 1,9 a 56,8) y Locación de Servicios: 22,5 veces más (IC95%: 3,2 a 159,7).

Conclusiones: En MINSA-Gobiernos Regionales no se encontraron diferencias en las prevalencias; sin embargo, en EsSalud los contratados bajo la modalidad de Plazo Indeterminado, CAS, Locación de Servicios y Contrato a Plazo Fijo tenían mayor prevalencia de síntomas depresivos que el personal de Nombrados.

Palabras clave: Síntomas depresivos, contratos, médicos, Perú.

ABSTRACT

Association between type of contract and depressive symptoms in physicians in the public sector, Peru 2016.

Objective: To determine if there is an association between the type of contract and the presence of depressive symptoms in the public sector physicians, Peru 2016.

Methods: A cross-sectional study was carried out secondary to the analysis of the “Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016” (ENSUSALUD). The population includes doctors from various health facilities of the Ministry of Health (MINSA-Gobiernos Regionales) and Social Security (EsSalud) of Peru. The main variable was measured using the Patient Health Questionnaire-2 scale (PHQ-2). The exposure variable, type of contract, includes the following: Locación de Servicios, Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Contrato a Plazo Fijo (sujeito a modalidad), Nombrado (D.L. 276) or Plazo Indeterminado (D.S. 728). In the analysis, the calculation of raw and adjusted Prevalence Ratio (PR) with a Confidence Interval of 95% (95% CI) was performed.

Results: 2041 physicians were included in the study (MINSA-Gobiernos Regionales: 1012, EsSalud: 1029). 26,3% of MINSA-Gobiernos Regionales were women; and, in EsSalud, 30,6%. The average age was 45 years and the standard deviation was 11,8. The prevalence of depressive symptoms in MINSA-Gobiernos Regionales was 18,7% and 15,8% in EsSalud. In MINSA-Gobiernos Regionales, the most frequent contract was that of Nombrado and in EsSalud, Plazo Indeterminado. In MINSA-Gobiernos Regionales, no statistically significant differences were found in the prevalence of depressive symptoms and type of contract. On the other hand, in EsSalud, we found that, in comparison of the group hired under the modality of Nombrado, those of Plazo Indeterminado had 4 times higher prevalence of depressive symptoms (IC95%: 3,2 to 159,7); Contrato a Plazo Fijo: 6 times (IC95%: 1,5 to 25,0); CAS: 10,4 times (IC95%: 1,9 to 56,8) and Locación de Servicios: 22,5 times higher (IC95%: 3,2 to 159,7).

Conclusions: In MINSA-Gobiernos Regionales there are no differences in prevalences; however, in EsSalud those hired under the modality of Plazo Indeterminado, CAS, Locación de Servicios and Contrato a Plazo Fijo, had greater prevalence of depressive symptoms than the staff hired under Nombrado.

Key words: Depressive symptoms, contracts, physicians, Peru.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	4
TABLA DE CONTENIDOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	9
1 INTRODUCCIÓN	10
2 MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
2.1 Diseño, contexto y participantes	12
2.2 Criterios de inclusión	12
2.3 Variables	12
2.4 Análisis estadístico	13
2.5 Aspectos éticos	13
3 RESULTADOS	14
3.1 Características de los participantes	14
3.2 Resultados descriptivos	14
3.3 Resultados bivariados y multivariados	14
4 DISCUSIÓN	15
5 CONCLUSIONES	17
6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19
7 ANEXOS	22

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Características de médicos encuestados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (n=2041).....	22
TABLA 2. Análisis bivariado de outcome y tipo de contrato en médicos en Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (n=2041).....	22
TABLA 3. Análisis ajustado de la asociación entre tipo de contrato y síntomas depresivos en médicos encuestados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 estratificado por institución (n=2041).....	24
TABLA 4. Comparación de beneficios en los diversos tipos de contratos de médicos, Perú 2016...	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de participación del estudio.....	28
--	----

1 INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la depresión mayor representa el 40,5% de la carga de enfermedad de los trastornos mentales (1). Este es un trastorno relativamente frecuente en el personal de salud (13) y existen diversos factores que incrementan la probabilidad de desarrollar depresión como los antecedentes personales y familiares, problemas familiares y/o amicales, el consumo de alcohol (2) y aún más importante, las situaciones estresantes en la vida profesional (3). Por ello, se considera importante prevenir la depresión mediante la detección temprana de síntomas depresivos, tales como ánimo decaído y anhedonia (4).

Se ha descrito que factores laborales pueden tener influencia en la salud física y mental de las personas (5). Existen factores como la organización del trabajo, las responsabilidades del puesto y ejecución de las mismas, la exigencia, el apoyo social de colegas o superiores, los cuales se asocian a un deterioro en la salud mental (5-7). Una investigación realizada en Gran Bretaña analizó la asociación entre el estrés laboral y la aparición de síntomas depresivos. Esta investigación encontró que en ambos géneros la alta demanda laboral y la hostilidad aumentaban la probabilidad de padecer síntomas depresivos (8). En concordancia con estos resultados, otro estudio realizado en Colombia concluyó que, los problemas en el área laboral, son un factor de riesgo para la depresión y fobia social (9). Estos factores laborales que pueden llevar a síntomas depresivos pueden variar en cada género; una cohorte Danesa determinó que, en su población general empleada de sexo femenino, el bajo poder de decisión en el trabajo y la percepción de falta apoyo de parte de superiores estuvo asociado a síntomas depresivos. Contrastando, en el caso de los hombres, la inseguridad laboral fue el único factor asociado (10).

Por otro lado, un estudio realizado en México acerca de la carga de enfermedad en América Latina encontró que, en Perú, la principal carga de enfermedad es la depresión unipolar en cuanto a años de vida saludables perdidos (AVISA). En mujeres ocupa el primer lugar; mientras que, en hombres, el cuarto. (11) En el Perú, la depresión mayor representa el 97% de la carga de enfermedad de los desórdenes de salud mental y, en el 2015, la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi presentó una propuesta de vigilancia de la depresión debido al gran impacto que produce en la vida laboral y académica en las personas afectadas. (12)

Además, se ha descrito que el personal de salud es una población especialmente susceptible a padecer depresión o síntomas depresivos. La combinación de los estimados de prevalencia de depresión o síntomas depresivos en un meta análisis de 54 estudios dio como resultado una prevalencia ponderada de 28,8% (4969/17 560 personas, IC 95%: 25,3% a 32,5%) (13) y ésta puede tener consecuencias graves, incluyendo el suicidio. (2,3)

Los servicios de salud tienen como elemento más importante a los recursos humanos los cuales les brinda mayor competitividad. Por lo tanto, los sueldos, los incentivos laborales y beneficios

incluidos en los contratos son necesarios para brindar las condiciones adecuadas y necesarias para lograr los objetivos y el mayor desarrollo en el área de salud (14, 26).

El mercado laboral peruano es un mercado laboral dual, ya que coexisten dos regímenes laborales principales dentro de los cuales están los contratos estables y protegidos, por tiempo indeterminado (Nombrados) y, por otro lado, encontramos contratos por tiempo definido con bajos costos de despido (Contratados) (25). Ahora bien, específicamente, debido a que el sistema sanitario en Perú está fragmentado en Ministerio de Salud (MINSA-Gobiernos Regionales), la Seguridad Social (EsSALUD), Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (SSFFAAPP) y Clínicas del Subsector Privado (CSP), existen diversos tipos de contrato. Para la contratación de personal, MINSA-Gobiernos Regionales se rige por el Decreto Legislativo 276; a diferencia, EsSalud, por su régimen estatal y privado se rige por los Decretos Legislativos 276 y 728 (14). Estos regímenes laborales aplican al personal Nombrado. Por otro lado está el personal Contratado quienes laboran bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS), Locación de Servicios y Contrato a Plazo Fijo, tipos de contrato con menos estabilidad. Esto produce inequidad salarial y de incentivos y beneficios económicos (28, 29). Asimismo, el tipo de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) que rige en ambas instituciones es el más restringido en lo mencionado previamente. El CAS fue creado en el 2008 con el objetivo de estandarizar diversas modalidades de contratos sin beneficios e inestables laboralmente los cuales representaban el 31,2% del personal en el MINSA-Gobiernos Regionales y un porcentaje no determinado pero amplio en EsSalud (14, 27).

Cada contrato puede suponer distintas condiciones laborales, tanto objetivas como percibidas, por el personal. En ese sentido, el objetivo del presente estudio fue evaluar si existe una asociación entre la modalidad bajo la cual están contratados los médicos y enfermeras de Perú en el 2016 y la presencia de síntomas depresivos.

2 MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño, contexto y participantes

En el año 2016, la Superintendencia Nacional de Salud del Perú (SUSALUD) aplicó la Encuesta Anual de Satisfacción en Salud (ENSUSALUD) dirigida a usuarios de los servicios de salud. El presente estudio transversal analítico es un análisis secundario de los datos de ENSUSALUD. La muestra fue definida por aquellos profesionales médicos del MINSA- Gobiernos regionales y EsSalud (2041) que cumplieron los con los criterios de inclusión planteados en el siguiente apartado. MINSA-Gobiernos Regionales y EsSalud son las instituciones con mayor porcentaje de personal médico contratado. La primera pertenece a un régimen público; mientras que, la última, es considerada una institución estatal con régimen privado. Ambas entidades ofrecen diversos métodos de contratación con amplias diferencias en cuanto a estabilidad y beneficios laborales.

2.2 Criterios de inclusión

La muestra fue definida por aquellos profesionales médicos del MINSA-Gobiernos Regionales y EsSalud que habían trabajado al menos un año en el establecimiento y se descartó a quienes reportaron un régimen laboral distinto de diferente a Locación de Servicios, CAS, Contrato a Plazo Fijo, Nombrado o Plazo Indeterminado.

2.3 Variables

La variable de respuesta fue definida por la presencia de síntomas depresivos evaluada mediante la escala Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), la cual consta de dos preguntas que evalúan la sintomatología principal de la depresión. El puntaje máximo de la escala es de 6 y se utiliza un punto de corte de 2 puntos o más para calificarlo como positivo (17, 18).

La variable de exposición está definida por la modalidad de contrato autorreportada por el entrevistado en el establecimiento de salud en el que se encontraba. Los tipos de contrato incluidos en este estudio son: Locación de Servicios, CAS, Contrato a Plazo Fijo, Nombrado o Plazo Indeterminado.

Asimismo, evaluamos otras covariables como edad (en años, dividida en terciles: 23 a 38, 39 a 51, 52 a 76), sexo, años trabajando en el sector salud (divida en terciles: 0 a 4, 5 a 15, 16 a 50) y nivel de complejidad del establecimiento de salud (Niveles I, II y III).

2.4 Análisis estadístico

La base de datos se encuentra públicamente disponible en la página web de ENSUSALUD (<http://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>) en formato del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). La base de datos fue exportada al paquete estadístico Stata 12.0 (StataCorp, Texas, US), donde se realizaron todos los análisis.

El análisis de las variables principales fue realizado con la prueba de Chi Cuadrado al igual que el análisis entre la variable de respuesta con la variable de exposición y las covariables ya mencionadas. Asimismo, se calcularon las razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa) y los intervalos de confianza al 95% (IC 95%) con modelos lineales generalizados de la familia Poisson.

El análisis fue ajustado por las variables de edad, sexo, profesión, nivel de complejidad del establecimiento de salud y años trabajando en el sector salud debido a que se consideraron como potenciales confusores. Además, fueron realizados teniendo en cuenta el diseño complejo de la muestra con el módulo svy de Stata.

2.5 Aspectos éticos

El presente estudio fue exonerado de revisión por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas debido a que se utilizó una base de datos secundaria sin identificadores que está públicamente disponible en Internet. Por ello, no hay riesgo alguno para los participantes.

3 RESULTADOS

3.1 Características de los participantes

De la población total de 2044 médicos encuestados por SUSALUD, se trabajó con una muestra final de 2041 individuos. Se excluyeron 3 individuos debido a que trabajaban en Clínicas del Sector Privado (CSP) o Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (SSFFAAPP) y aquellos que tenían un régimen laboral diferente a los incluidos en el estudio (Figura 1).

3.2 Resultados descriptivos

La muestra final de participantes incluidos en el análisis (N=2041) estuvo constituida por un total de 1012 médicos del MINSA-Gobiernos Regionales y 1029 de EsSalud. Del total, 24,2 % fueron mujeres. Finalmente, se determinó que la modalidad de contratación más común en MINSA-Gobiernos Regionales fue Nombrado (69,8%) y en EsSalud, Plazo Indeterminado. Todos los resultados descriptivos de la población se encuentran descritos en la Tabla 1.

3.3 Resultados bivariados y multivariados

En cuanto a la asociación principal, la mayor prevalencia de síntomas depresivos en el MINSA-Gobiernos Regionales fue de 13 de 112 (26,1%) en el grupo de personal contratado bajo la modalidad de CAS y la menor 13 de 54 (12,6%) en el grupo de Locación de Servicios, con resultados no estadísticamente significativos ($P=0,682$). En EsSalud, hubo diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de síntomas depresivos de acuerdo a tipo de contrato ($P<0,001$), siendo las mayores, 4 de 6 (72,7%) en el grupo de Locación de Servicios y 20 de 142 (30,5%) en el grupo de CAS; y las menores, 15 de 189 (5,3%) en el grupo de Nombrados. Los resultados completos se pueden observar en la Tabla 2.

En lo que respecta al análisis ajustado de la asociación principal (Tabla 3), en el MINSA-Gobiernos Regionales, no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, en EsSalud, a comparación del grupo contratado bajo la modalidad de Nombrado, el grupo contratado bajo la modalidad de Plazo Indeterminado tenía 4 veces más prevalencia de síntomas depresivos (IC95%: 1,3 a 11,7); los de Contrato a Plazo Fijo, 6 veces (IC95%: 1,5 a 25,0); los de CAS, 10.4 veces (IC95%: 1,9 a 56,8) ; y los de Locación de Servicios tenía 22.5 veces (IC95%: 3,2 a 159,7).

4 DISCUSIÓN

Nuestro estudio buscó evaluar si es que existe una asociación entre el tipo de contrato y la presencia de síntomas depresivos en médicos del Perú en el año 2016. Luego de realizar el análisis de los datos, encontramos que en el MINSA-Gobiernos Regionales, la mayor prevalencia de síntomas depresivos fue de 13 de 112 (26,1%) en el grupo de personal contratado bajo la modalidad de CAS y la menor 13 de 54 (12,6%) en el grupo de Locación de Servicios (Locación de Servicios), con resultados no estadísticamente significativos. En EsSalud, hubo diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de síntomas depresivos de acuerdo a régimen laboral ($P < 0,001$), siendo las mayores, 4 de 6 (72,7%) en el grupo de Locación de Servicios (Locación de Servicios) y 20 de 142 (30,5%) en el grupo de CAS; y las menores, 15 de 189 (5,3%) en el grupo de Nombrados (D.L. 276).

En cuanto al análisis ajustado, en el MINSA-Gobiernos Regionales, no se encontraron diferencias importantes entre las prevalencias de depresión que tenían médicos en distintos regímenes laborales. Por el contrario, en EsSalud, sí existieron diferencias. Si bien el tipo de contrato es una variable categórica nominal y no ordinal, en la realidad existen diferencias en la estabilidad y beneficios laborales que cada contrato ofrece (Tabla 4). Nuestros resultados sugieren que, aparentemente, mientras menor es la estabilidad laboral ofrecida por el contrato, la prevalencia de síntomas depresivos es mayor, en médicos de EsSalud.

Un estudio realizado en Brasil en 351 equipos de atención primaria de salud (2940 personas), determinó que la presencia de síntomas depresivos se encuentra asociada a mayor carga laboral, no recibir feedback de superiores y falta de apoyo social en el trabajo (15). Por otro lado, un estudio realizado en Boston, encontró que aquellos médicos que padecían de depresión autorreportaron mala salud y un aumento de seis veces en la prevalencias de errores médicos que aquellos que no presentaban depresión. (16)

Los resultados mencionados anteriormente van de acuerdo a lo que hipotetizamos inicialmente. El personal de Locación de Servicios es el que mayor prevalencia de síntomas depresivos tiene en comparación a la referencia, ya que no cuenta con beneficios laborales; es decir, seguro de salud, aportes a la pensión de jubilación ni bonos laborales (navidad, fiestas patrias, vacaciones y escolaridad). Por otro lado, sus servicios pueden ser solicitados por tareas específicas o turnos laborales, lo cual supone inestabilidad laboral. Por otro lado, los médicos laborando bajo un Nombramiento, son los que tienen menos prevalencia de síntomas depresivos, probablemente gracias a la seguridad y beneficios que su contrato les ofrece. El modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa de Siegrist (20) plantea que las personas, se esfuerzan al realizar sus labores a cambio de recompensas (salariales, sociales) y si éstas son menores que el esfuerzo realizado pueden traer consecuencias en la salud mental de los trabajadores a mediano plazo (19).

El presente estudio cuenta con ciertas limitaciones. Una de ellas es la escala aplicada en la encuesta para evaluar la presencia de síntomas depresivos (PHQ-2). El *gold standard* es la entrevista con un profesional entrenado, utilizando los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Sin embargo, el PHQ-2 con un punto de corte de 2 es una herramienta ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos, con una sensibilidad de 92,7% y una especificidad de 73,7% (17). Otra limitación que consideramos importante es la falta de información sobre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol, tabaco y otras drogas) en los entrevistados ya que podrían ser potencialmente confusoras. Además, no se puede saber cuánto tiempo lleva la persona bajo la modalidad de contrato reportada; sin embargo, es poco probable que muchas personas presenten cambios recientes en esto. Por último, en algunas categorías de la exposición, el número de personas es relativamente bajo, como es el caso de la población que autorreportó encontrarse contratada bajo la modalidad de Locación de Servicios, lo cual incrementa la incertidumbre.

Por otro lado, el estudio también presenta fortalezas. Es un estudio transversal analítico llevado a cabo con una base de datos secundaria (ENSUSALUD) sin identificadores disponible en públicamente en Internet; la cual tiene representatividad nacional, manera mediante la cual disminuyen los sesgos de selección. Además, no se ha logrado encontrar estudios que evalúen la modalidad de contrato como un factor asociado a la presencia de síntomas depresivos. Es por esto que el estudio presenta resultados novedosos y relevantes para el planeamiento de políticas públicas para el bienestar del personal médico peruano.

5 CONCLUSIONES

Nuestro estudio buscó evaluar si existe asociación entre el tipo de contrato y la presencia de síntomas depresivos en médicos, Perú 2016. Encontramos que en EsSalud, la prevalencia de síntomas depresivos varió de acuerdo al régimen laboral de los médicos. Los tipos de contrato con mayor inestabilidad y menores beneficios se asociaron a prevalencias más altas de depresión. En el MINSA-Gobiernos Regionales, no se encontró diferencias importantes en el desenlace según el tipo de contrato. Por lo antes expuesto, se recomienda la posibilidad de realizar futuras investigaciones, como lo son estudios cualitativos, que permitan identificar el motivo prevalencia de síntomas depresivos asociada a los regímenes laborales en médicos del sector público de Perú.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. 2004 [Citado el 12 de Setiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
2. Calabrese G. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2006; 34(4): 233-40.
3. Kuhn C, Flanagan E. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anaesth*. 2017; 64(2):158-168.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
5. Dollard M, LaMontagne A, Caulfield N, Blewett V, Shaw A. Job stress in the Australian and international health and community services sector: A review of the literature. *Int J Stress Manag*. 2007; 14(4): 417-45.
6. Gil-Monte P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(2): 169-73.
7. Ansoleaga E, Toro J. Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. *Salud Trab (Maracay)* 2010; 18(1): 7-16.
8. Paterniti S, Niederhammer I, Lang T, Consoli S. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry*. 2002; 181(2): 111-7
9. Londoño H, Marín C, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Escobar B, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*. 2010; 17(1): 59-68,
10. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study *Am J Epidemiol* 2006; 163(10):877–87.
11. Gómez H, Castro M, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública Mex*. 2011; 53(2): 72-77.

12. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico 25. Lima: DGE; 2015 [Citado el 12 de Setiembre del 2017]. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/25.pdf>.
13. Mata D, Ramos M, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314(22): 2373-83.
14. Pardo K, Andia M, Rodríguez A, Pérez W, Moscoso B. Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis comparativo entre el ministerio de salud y la seguridad social, 2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28(2): 342-51.
15. Da Silva A, Lopes C, Susser E, Menezes P. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016; 106(11):1990-7.
16. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
17. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*. 2003; 41:1284-92.
18. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*. 2016; 2 (2): 127-38.
19. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev. méd. Chile*. 2015; 143(1): 47-55.
20. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996 ; 1(1) : 27-41.
21. Diario Gestión [Internet]. Lima, Perú: Empresa Editora El Comercio [citado el 8 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://gestion.pe/economia/management-empleo/son-tipos-contrato-laborales-beneficios-238789-noticia/?ref=gesr>
22. Autoridad Nacional del Servicio Civil [Internet]. Lima, Perú: SERVIR [citado el 8 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.servir.gob.pe/rectoria/preguntas-frecuentes/contratos-administrativos-de-servicios-cas/>
23. Diario El Peruano [Internet]. Lima, Perú: Editora Perú [citado el 8 de Diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia-locadores-el-sector-publico-58399.aspx>
24. Jaramillo M, Campos D. Contratos laborales en el Perú : dinámica y determinantes. GRADE. 2019 (Documentos de Investigación, 98). Disponible en:
https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/GRADE_di98.pdf
25. Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. Lima: Presidencia de la República; 2013. Disponible en:
<http://www.gob.pe/institucion/rree/normas-legales/1393-276>.
26. Hurtado E, Galmés M, Iraola N, Dolcini H, Yansenson J, Gutiérrez H. Remuneraciones profesionales médicas. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 2009; 122(2):6-15.
27. Decreto Legislativo que regula el régimen especial de Contratación Administrativa de

Servicios. Lima: Presidencia de la República; 2008. Disponible en:
<http://www.pcm.gob.pe/InformacionGral/ogaj/archivos/DL-1057.pdf>.

28. Sanabria C. Inequidad en la Política de Salud en el Perú: perspectivas. Revista de la facultad de Ciencias Económicas. 2000; 5(16): 107-28.
29. Abásolo I, Manning R, Jones AM. Equity in utilization of and access to public sector GPs in Spain. Applied Economics. 2001; 33(1): 394-64.

7 ANEXOS

TABLA 1. Características de médicos encuestados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (n=2041).

Variables	MINSA-Gobiernos Regionales n=1012		EsSalud n=1029	
	n	%	n	%
Edad (años)				
23 a 38	352	32,0	320	33,4
39 a 51	322	32,3	386	35,6
52 a 76	338	35,7	323	31,0
Sexo				
Hombres	746	73,7	802	69,4
Mujeres	266	26,3	227	30,6
Años trabajando en el sector salud				
0 a 4	482	53,0	435	45,0
5 a 15	251	21,0	328	26,4
16 a 50	279	26,0	266	28,6
Nivel de complejidad del establecimiento de salud				
Nivel I	117	30,2	105	47,6
Nivel II	475	33,6	619	33,0
Nivel III	420	36,2	305	19,4
Síntomas depresivos *				
(≥ 2 puntos)	160	18,7	131	15,8
Tipo de contrato				
Nombrado, permanente (D.L. 276)	701	69,8	189	15,1
Plazo Indeterminado o Indefinido (D.L. 728)	24	2,3	608	66,9
Contrato a Plazo Fijo (sujeto a modalidad)	121	10,7	84	3,1
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	112	11,5	142	14,3
Locación de Servicios	54	5,7	6	0,6

* The Patient Health Questionnaire-2

D.L. 276 = Decreto Legislativo 276

D.L. 728 = Decreto Legislativo 728

TABLA 2. Análisis bivariado de outcome y tipo de contrato en médicos en Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (n=2041).

Variables	MINSA-Gobiernos Regionales n=1012		EsSalud n=1029	
	Síntomas Depresivos		Síntomas Depresivos	
	Sí n (%)	P	Sí n (%)	P
Edad (años)				
23 a 38	65 (24,1)	0,033	50 (17,9)	0,518
39 a 51	54 (24,3)		49 (11,4)	
52 a 76	41 (8,7)		32 (18,6)	
Sexo				
Hombres	109 (16,3)	0,215	88 (16,1)	0,841
Mujeres	51 (25,3)		43 (15,1)	
Años trabajando en el sector salud				
0 a 4	87 (21,6)	0,037	68 (18,7)	0,393
5 a 15	41 (21,9)		37 (10,4)	
16 a 50	32 (10,0)		26 (16,2)	
Nivel de complejidad del establecimiento de salud				
Nivel I	24 (26,8)	0,049	18 (22,2)	0,097
Nivel II	72 (15,6)		79 (9,3)	
Nivel III	64 (14,7)		34 (11,2)	
Tipo de contrato				
Nombrado, permanente (D.L. 276)	106 (17,8)	0,682	15 (5,3)	<0,001
Plazo Indeterminado o Indefinido (D.L. 728)	8 (22,8)		80 (14,6)	
Contrato a Plazo Fijo (sujeto a modalidad)	20 (18,5)		12 (13,9)	
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	13 (26,1)		20 (30,5)	
Locación de Servicios	13 (12,6)		4 (72,7)	

* The Patient Health Questionnaire-2

D.L.276 = Decreto Legislativo 276

D.L. 728 = Decreto Legislativo 728

TABLA 3. Análisis ajustado de la asociación entre tipo de contrato y síntomas depresivos en médicos encuestados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 estratificado por institución (n=2041).

Variable	Síntomas Depresivos*			
	Crudo		Ajustado	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
MINSA-Gobiernos Regionales ** n=1012				
Tipo de contrato				
Nombrado, permanente (D.L. 276)	REF	-	REF	-
Plazo Indeterminado o Indefinido (D.L. 728)	1,28	0,48 a 3,41	1,12	0,42 a 3,02
Contrato a Plazo Fijo (sujeto a modalidad)	1,04	0,67 a 1,60	1,06	0,70 a 1,61
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	1,47	0,44 a 4,95	1,01	0,37 a 2,75
Locación de Servicios	0,71	0,21 a 2,42	0,87	0,30 a 2,51
EsSalud*** n=1029				
Nombrado, permanente (D.L. 276)	REF	-	REF	-
Plazo Indeterminado o Indefinido (D.L. 728)	2,76	1,01 a 7,49	3,95	1,33 a 11,74
Contrato a Plazo Fijo (sujeto a modalidad)	2,64	1,13 a 6,17	6,05	1,46 a 24,98
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	5,78	2,08 a 16,07	10,36	1,89 a 56,84
Locación de Servicios	13,78	4,88 a 38,88	22,49	3,17 a 159,73

* The Patient Health Questionnaire-2

** Ministerio de Salud del Perú

*** Seguro Social del Perú

D.L. 276 = Decreto Legislativo 276

D.L. 728 = Decreto Legislativo 728

TABLA 4. Comparación de beneficios en los diversos tipos de contratos de médicos, Perú 2016. (21-23, 25)

Tipo de Contrato	Decreto Legislativo 276	Decreto Legislativo 728	Contrato a plazo fijo	Contrato Administrativo de Servicios	Locación de Servicios
Institución	MINSA-Gobiernos Regionales / EsSalud	EsSalud	MINSA-Gobiernos Regionales / EsSalud	MINSA-Gobiernos Regionales / EsSalud	MINSA-Gobiernos Regionales / EsSalud
Grupo de trabajadores	Nombrado	Nombrado	Contratado	Contratado	Contratado
Beneficios básicos	12 sueldos	12 sueldos	12 sueldos	12 sueldos	Monto variable*
Escolaridad	Monto variable	1 sueldo	-	-	-
Fiestas Patrias	Monto variable	1 sueldo	-	+	-
Navidad	Monto variable	1 sueldo	+	+	-
Vacaciones	+	1 sueldo	+	+	-
Uniforme	-	Monto variable	-	-	-
Bono por productividad	-	+	-	-	-
Seguro médico	+	+	+	+	-
AFP	+	+	+	+	-

AETA

+

-

+

+

+

-
1. Existen 2 grandes grupos de trabajadores: personal nombrado y personal contratado.
 2. En el grupo de personal contratado existen diversas modalidades de contratación, lo cuál genera múltiples escalas remunerativas.
 3. AETA (Asignación Especial por Trabajo Asistencial) como estrategia clave para contrarrestar la ausencia de aumentos salariales, es variable de acuerdo a la región.
 4. Salarios son superiores en EsSalud incluso puede llegar a ser el doble que MINSA-Gobiernos Regionales.
 5. El tiempo de vacaciones es de 30 días.

*El monto de pago se determina de acuerdo al servicio requerido y al plazo estimado para su realización. Se contrata a personal ajeno a la institución.

Figura 1. Flujograma de participación del estudio.