

# Asistencia y disponibilidad de los recursos humanos en salud de establecimientos de salud, Chiclayo 2015

## Assistance and availability of human resources in health of health establishments, Chiclayo 2015

Lady Terranova-Veliz<sup>1,a</sup>, Oscar Reluz-Salazar<sup>2,b</sup>, Jorge Osada-Liy<sup>3,c</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la asistencia y disponibilidad de los recursos humanos en salud de los establecimientos de salud, Chiclayo 2015. **Material y Métodos:** Es un estudio descriptivo longitudinal. Se incluyeron a los 7 establecimientos de la Microred y los 53 recursos humanos en salud tipo profesionales registrados en sus planillas laborales. Se confeccionó una hoja de recolección de datos para registrar las variables principales. Se observó a los recursos humanos desde las 7:30 am hasta la 1:30pm, durante quince días, sin considerar los días domingos. **Resultados:** La disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras alcanzó un 45,87% (189/412), encontrándose un 54,13% (223/412) como no disponible. La asistencia de médicos, enfermeras y obstetras fue un 60,00%, existiendo un 40,00% de inasistencias. El mayor número de inasistencias se registró en los SERUMS equivalentes con un 68,20% (30/44), seguido por los SERUMS remunerados con un 46,00% (40/74). Se observó una tendencia a asistir a su labor asignada en los recursos humanos que tenían más de 10 años de servicio laboral (83/108; 76,85%). **Conclusiones:** La disponibilidad de los recursos humanos en salud de la Microred obtuvo una cifra inferior al 50%, mostrándose diferencias entre cada establecimiento, categoría y grupo ocupacional. La asistencia de los recursos humanos en salud de la Microred obtuvo una cifra superior al 50%, mostrando variabilidad en cada establecimiento, categoría, grupo ocupacional, tiempo de servicio laboral y modalidad de contratación.

**Palabras clave:** Instituciones de Salud, Eficiencia Organizacional, Asignación de Recursos. (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the attendance and availability of the human resources in health of the establishments of health, Chiclayo 2015. **Material and Methods:** It is a descriptive longitudinal study. There included to 7 establishments of the micronet and 53 human resources in health type professionals registered in his labor schedules. There was made a leaf of compilation of information to register the principal variables. It was observed to the human resources from 7:30 am up to it 1:30pm, during fifteen working days, without considering on Sundays. **Results:** The availability of doctors, nurses and obstetricians reached 45,87% (189/412), being 54,13% (223/412) as not available. The attendance of doctors, nurses and obstetricians was 60,00%, existing 40,00% of non attendances. The major number of non attendances registered in the equivalent SERUMS with 68,20% (30/44), followed by the SERUMS

remunerated with 46,00% (40/74). We observed a tendency to attend to their work assigned in the human resources that had more than 10 years of labor service (83/108; 76.85%). **Conclusions:** The availability of the human resources in health of the micronet obtained a number lower than 50%, showing him differences between every establishment, category and occupational group. The attendance of the human resources in health of the micronet obtained a number superior to 50%, showing variability in every establishment, category, occupational group, time of labor service and modality of contracting.

**Keywords:** Health Facilities, Efficiency, Organizational, Assignment of Resources, Resource Allocation. (Source: DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

Los Recursos Humanos en Salud (RHUS) hacen referencia a las personas que realizan acciones en el sistema de salud para lograr resultados, adquieren recursos cognitivos, valores, habilidades y experiencias durante su formación; se monitorizan mediante

1. Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo, Perú.

2. Dirección Regional de Salud Lambayeque, Chiclayo, Perú.

3. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

a. Médico Cirujano.

b. Magister en Gerencia de Servicios de Salud.

c. Magister en Epidemiología clínica.

características como son la disponibilidad y la asistencia. Se considera disponibles a aquellos recursos humanos en salud que en el instante del cálculo de la brecha se encuentran asignados y están laborando efectivamente en los establecimientos de salud de la Microred, deben encontrarse presentes en sus funciones laborales en el turno establecido; en el caso del turno mañana, su horario de trabajo inicia a las 7:30 horas hasta la 13:30 horas; por lo tanto, requiere que el establecimiento se encuentre abierto a los pacientes desde el inicio hasta concluir el turno laboral<sup>(1)</sup>.

La productividad y efectividad de los servicios de salud, requiere como cualquier empresa del cumplimiento de normativas de asistencia, puntualidad y permanencia en su área asignada, considerando en la asistencia a aquellos recursos humanos en salud que se encuentran presentes en sus funciones asignadas a las 7:30am, desde minutos antes de la hora de ingreso y que permanecen en su turno hasta la 1:30pm; es decir, teniendo el deber de mantenerse en la área asignada por horario laboral mensual, sin permiso de salida de funciones establecidas<sup>(2)</sup>. Sin embargo, el cumplimiento de la normativa laboral de los RHUS, presenta un problema muy antiguo que existe desde el surgimiento del trabajo en las asociaciones humanas, denominado ausentismo laboral; que se justifica o no por la incapacidad de salud, por permiso familiar, por compensaciones, por trabajo fuera de la entidad, por calamidad doméstica, por causas jurídicas o representatividad; y por infracción de la normativa de asistencia del establecimiento, es decir incumplir con el horario establecido de 7:30am a 1:30pm del turno mañana<sup>(3)</sup>.

Hoy en día, existe una crisis de recursos humanos en salud, que involucra un constante problema del mundo y Latinoamérica, como lo muestra el informe mundial de la salud del 2006<sup>(4)</sup>; por lo cual muchos países plantearon modelos de enfoques de salud comunitaria, debido a esto Brasil adoptó un modelo de equipo de salud de la familia, basándose en la asignación de un equipo multidisciplinario para la atención primaria, reorientando los valores y prácticas de los profesionales de la salud, cuyo éxito se logró por el compromiso político, para regular la formación, reorientación y asignación de recursos humanos en salud en las microredes de atención primaria, logrando reducir la mortalidad neonatal de 26,8 a 9,7 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años de 58 a 15,6 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente<sup>(5)</sup>. Así mismo Bonilla D. y colaboradores (2014) mediante un análisis cualitativo y cuantitativo en Colombia, con una población de 12 empleados con contrato indefinido, registró un 50% de asistencia en el último trimestre laboral y las inasistencias en este periodo fueron un 42%, concluyendo que la evidencia cuantitativa del ausentismo manifiesta la necesidad de fortalecer las estrategias y medios de motivación para los trabajadores de la salud, ya que, a pesar de las políticas implantadas por el hospital, sigue preocupando el alto

porcentaje de ausentismo<sup>(3)</sup>.

El objetivo es describir la asistencia y disponibilidad de los recursos humanos en salud de establecimientos de salud, Chiclayo 2015.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** estudio cuantitativo, descriptivo longitudinal.

**Población:** La población de esta investigación fueron los 53 recursos humanos en salud tipo profesionales, distribuidos en 13 Médicos cirujanos, 22 licenciados en enfermería y 16 Obstetras, registrados en las plantillas laborales de los 7 establecimientos de la Microred Circuito de playa de la ciudad de Chiclayo.

**Técnicas de recolección de datos:** se realizó un estudio piloto de 3 días, donde se observó a un centro de salud similar a los establecimientos en estudio, registrándose los datos mediante el uso de la hoja de recolección de datos, evidenciando la tardanza en ingresar y para incorporarse a sus actividades laborales, los tres días de observación la hora de apertura del establecimiento fue 8:00am. Posteriormente se capacitó a cinco observadores para recolectar los datos, mediante la explicación detallada sobre el registro de asistencia y disponibilidad dentro de los rangos de horario, siguiendo los llamados de cada tabla correspondiente a cada recurso humano.

Cada establecimiento fue evaluado diariamente durante quince días hábiles, sin considerar los días domingos, durante el turno mañana. Los primeros dos días, se visitaron cada establecimiento, para presentarse ante el jefe de establecimiento. El equipo responsable de la recolección de la información simultáneamente inició la observación a las 7:30 am, permaneciendo en el establecimiento hasta la 1:45 pm. Además, se recogió el informe mensual de control de asistencia, papeletas de autorización de salida de personal, solicitud por docencia o estudios superiores y permisos y/o licencias de los recursos humanos en el área responsable del control de recursos humanos, ingresadas durante el periodo evaluado.

**Descripción del instrumento:** se confeccionó una hoja de recolección de datos, que constó de dos partes: a. Recolección en el establecimiento, usándose códigos para cada establecimiento de salud y recurso humano; además mediante tablas se graficaron los 15 días evaluados en el turno mañana, incluyendo llamados para especificar los rangos de horarios para realizar la denominación correcta de lo observado. En la otra parte se registró las causas de inasistencias, registrándose las fechas de inasistencias y el código del recurso humano inasistente, se buscó una papeleta de autorización de salida de personal, solicitud por docencia o estudios superiores y permisos y/o licencias de los recursos humanos ingresadas en el día referido; y

así se comprobó las causas de la inasistencia, para la posterior denominación del tipo de inasistencia.

#### Indicadores:

- **N° disponibilidad:** Número de registros del personal de salud (médicos, enfermas y obstetras) que ingresó antes del inicio del horario laboral (7:30 horas a 13:30 horas) al establecimiento, que acató su apertura en el horario indicado.
- **% disponibilidad:** Número de registros del personal de salud disponibles por 100, entre el número de registros del personal de salud asignados durante los quince días.
- **N° Asistencia:** Número de registros del personal de salud (médicos, enfermas y obstetras) que ingresó antes del inicio del horario laboral (7:30 horas a 13:30 horas) al establecimiento, que permanecieron en su área asignada hasta culminación del turno establecido.
- **% asistencia:** Número de registros del personal de salud asistentes por 100, entre el número de registros del personal de salud asignados durante los quince días.
- **N° motivo/causa de inasistencia:** Número de registros de los motivos/causas de inasistencias presentadas por el personal de salud (médicos, enfermas y obstetras) durante los días evaluados.
- **% motivo/causa de inasistencia:** Número de registros de los motivos/causas de inasistencias por 100, entre el número de registros inasistencias durante los días evaluados.

**Técnicas para el procesamiento de la información:** se ingresó la información en el procesador Microsoft Excel 2007, donde utilizó frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas (disponibilidad, asistencia y modalidad de contratación). Para el tiempo de servicio laboral se utilizó mediana y riesgo intercuartílico. Se realizaron tablas con las frecuencias absolutas y relativas de las variables disponibilidad y asistencia según grupo ocupacional, además se confeccionó una tabla presentando los motivos y las causas de las inasistencias. La autora realizó un gráfico para esquematizar las inasistencias de acuerdo al día de la semana.

**Aspectos éticos:** el estudio contó con la autorización de la Dirección Regional de Salud Lambayeque, los autores coordinaron ante los jefes de los establecimientos de salud. La información fue recolectada guardando la confidencialidad de la información de cada recurso humano, para ello se asignó códigos a los establecimientos y sus recursos humanos, almacenando la información de las siglas y los códigos de cada establecimiento en lugares distintos.

## RESULTADOS

Los recursos humanos en salud tipo profesionales están

distribuidos en Médicos Cirujanos (14/53; 26,42%), Licenciados en enfermería (21/53; 39,62%) y Obstetras (18/53; 33,96%). Según la condición laboral, se integraban por Personal Nombrado (31/53; 58,49%), SERUMS Remunerados (8/53; 15,09%), Personal Contratado (6/53; 11,32%), SERUMS Equivalentes (6/53; 11,32%) y Contratados por Funcionamiento (2/53; 3,77%). En cuanto al tiempo de servicio laboral de los recursos humanos, se encontró un promedio de 77,21 meses (Mediana=40, RQ=129), siendo un 66.9 meses (Mediana=10; RQ=135) en licenciados de enfermería, un 96.1 meses (Mediana=53; RQ=129,75) y un 74,5 meses (Mediana=39; RQ=89,25) en los médicos cirujanos y obstetras respectivamente.

La disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras en la Microred alcanzó un 45,87% (189/412), observando diferencias entre cada establecimiento, siendo en el establecimiento 1 un 11,76% (4/34); se registró un 7,41% (2/27) de disponibilidad en el establecimiento 2; hubo un 35,00% (21/60) de disponibilidad de profesionales en el establecimiento 3; un 22,22% (10/45) de disponibilidad en el establecimiento 4; un 17,11% (13/76); 61,84% (47/76) y 97,87% (92/94) de disponibilidad en los

**Tabla N° 03: Asistencia y Disponibilidad de los recursos humanos en salud de los establecimientos de salud de Chiclayo por grupo ocupacional y establecimiento, 2015**

VARIABLES	DISPONIBILIDAD		ASISTENCIA	
	N°	%	N°	%
Lic. Enfermería	84	48,00%	108	61,71%
Establec. 1	1	7,70%	1	7,70%
Establec. 2	0	0,00%	0	0,00%
Establec. 3	8	44,50%	9	50,00%
Establec. 4	2	13,30%	2	13,30%
Establec. 5	7	18,92%	22	59,46%
Establec. 6	32	64,00%	40	80,00%
Establec. 7	34	100,00%	34	100,00%
Médico Cirujano	46	43,00%	56	52,34%
Establec. 1	3	21,43%	3	21,43%
Establec. 2	2	16,67%	2	16,67%
Establec. 3	3	15,79%	4	21,06%
Establec. 4	6	40,00%	6	40,00%
Establec. 5	1	7,14%	10	71,43%
Establec. 6	4	100,00%	4	100,00%
Establec. 7	27	92,60%	27	92,60%
Obstetra	59	45,38%	82	53,64%
Establec. 1	0	0,00%	0	0,00%
Establec. 2	0	0,00%	0	0,00%
Establec. 3	10	43,48%	10	43,48%
Establec. 4	2	13,33%	4	26,67%
Establec. 5	5	20,00%	16	64,00%
Establec. 6	11	50,00%	21	95,46%
Establec. 7	31	100,00%	31	100,00%
<b>Total</b>	<b>189</b>		<b>247</b>	

establecimientos 5,6 y 7 respectivamente.

La asistencia de médicos, enfermeras y obstetras en la Microrred fue un 60,00%, observando diferencias entre cada establecimiento, siendo en el establecimiento 1 un 11,80% (4/34); se registró un 7,40% (2/27) de asistencia en el establecimiento 2; hubo un 38,30% (23/60) de asistencia de profesionales en el establecimiento 3; un 28,90% (13/45) de asistencia en el establecimiento 4; un 63,20% (48/76); 85,50% (65/76) y 97,90% (92/94) de asistencia en los establecimientos 5,6 y 7 respectivamente.

La asistencia en los establecimientos I-1 (Posta de salud) fue un 9,80% (6/61); un 33,30% (35/105) en los establecimientos I-2 (Posta de salud con médico); un 74,30% (113/152) y un 97,90% (92/94) en los establecimientos I-3 (Centro de salud) y en los establecimientos I-4 (Centro de salud con internamiento), respectivamente.

El estudio registró un 100,00% de asistencia en los recursos humanos contratados por funcionamiento (12/12), alcanzando un 73,60% (39/53) de asistencia entre los contratados, seguido por un 64,70% (148/229) de asistencia en los nombrados. El mayor número de inasistencias se alcanzó en los SERUMS equivalentes con un 68,20% (30/44), seguido por los SERUMS remunerados con un 46,00% (40/74).

El estudio registro que los recursos humanos que asistieron tuvieron un tiempo promedio de servicio laboral de 84,56 meses (Mediana= 42, RQ=135), obteniéndose un promedio de 45,52 meses (Mediana= 12, RQ=49) en los que no asistieron; observándose que los recursos humanos en salud que tenían un tiempo de servicio laboral mayor a 10 años (83/108; 76,85%) tenían una mayor tendencia a asistir; se registró un 66,67% (72/108) de asistencia en aquellos RHUS que tenían un tiempo de servicio laboral entre 2 y 10 años; en aquellos RHUS que tenían menos de 2 años de labor asistencial se registró un 46,94% (92/196) de las asistencias<sup>(6)</sup>.

**Tabla N°02: Motivo de inasistencia de los recursos humanos en salud de los establecimientos de salud, Chiclayo 2015.**

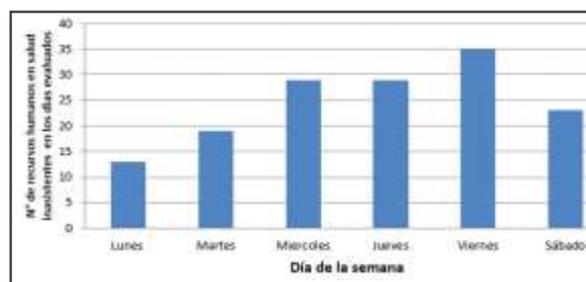
Motivo de inasistencia	N°	%
No concurrió al establecimiento	98	59,40%
Infracción de la normativa de asistencia	94	95,90%
Incapacidad por Salud	3	3,10%
Trabajo fuera de la entidad	1	1,00%
No concurrió dentro de la tolerancia	55	33,30%
Infracción de la normativa de asistencia	55	33,30%
No Permaneció En Su Función Asignada	12	7,30%
Asuntos personales y particulares	2	16,70%
Infracción de la normativa de asistencia	10	83,30%
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100,00%</b>

Solo un 3,60% (6/165) de las inasistencias de médicos,

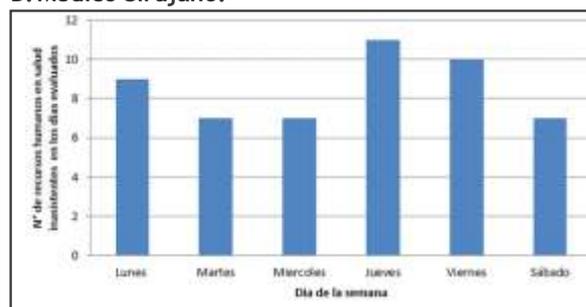
enfermeras y obstetras se justificaron por salud, Trabajo fuera de la entidad y Asuntos personales, en tanto hubo un 96,40% (159/165) de inasistencias injustificadas que corresponden a Infracción de la normativa de asistencia.

**Gráfico N° 1: Inasistencia de los recursos humanos en salud de los establecimientos de salud de Chiclayo por día de la semana evaluado por grupo profesional, 2015.**

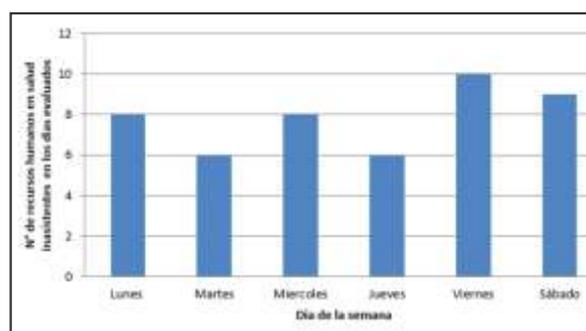
#### A. Licenciado de enfermería.



#### B. Médico Cirujano.



#### C. Obstetras.



## DISCUSIÓN

La disponibilidad de los recursos humanos en salud es la característica que les permite ser asignados a una labor asistencial en beneficio de los pacientes, para lograr la eficiencia de los servicios de salud<sup>(1)</sup>. De acuerdo a lo mencionado, es preocupante que la disponibilidad de

los recursos humanos en salud en la Microred obtuvo un valor menor al 50%; resultado que refleja la falta de efectividad en la organización de los servicios de salud de la Microred, por lo cual no han logrado como equipo de trabajo realizar la atención eficiente de la población asignada<sup>(6)</sup>; además, esto reafirma que la mayor formación de recursos humanos y la asignación de mayor número de RHUS en las redes de salud, no es suficiente para mejorar el servicio de salud en la población excluida, vulnerable y con mayor índice de pobreza, ya que se debe instaurar una cultura apropiada y una atención aceptable para la población, siempre en un marco normativo laboral y con políticas de satisfacción del usuario externo-interno<sup>(5,6)</sup>.

En la segunda medición de recursos humanos en salud 2007-2015 se registró el incremento de la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras en el primer nivel de atención, mediante un continuo aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud - SERUMS, acompañado de un servicio obligatorio para los ciertos grupos ocupacionales como son los médicos cirujanos, enfermeras, obstetras y odontólogos; sin embargo, en el estudio se observó una baja disponibilidad en los establecimientos de menor categoría, con menor número de recursos humanos en salud, conformados principalmente por personal Serums<sup>(7)</sup>; por lo cual existe un déficit en el marco regulatorio del ejercicio asistencial en la organización de los servicios de salud en estos establecimientos; el bajo porcentaje de disponibilidad se debió a una escasa supervisión correctiva. La falta de disponibilidad en los establecimientos con menor categoría constituyen un déficit en la cobertura de la demanda de la población asignada, incrementando la demanda de establecimientos de mayor categoría y por lo tanto, un colapso de centros de salud con internamiento, hospitales del segundo nivel y tercer nivel de atención, que prestarían atenciones a las enfermedades de baja complejidad, utilizando los recursos humanos en salud destinados para resolver enfermedades con alta complejidad en diagnóstico y tratamiento, lo cual concluye en un déficit en la barrera de atención desde el primer nivel y una mayor carga laboral en los siguientes niveles<sup>(8,9)</sup>, y por lo tanto involucra un sistema en conjunto ineficiente, poco favorable, de baja calidad y de un costo elevado, causando desconfianza y vulnerabilidad en la población<sup>(9)</sup>.

En los establecimientos con mayor categoría se obtuvieron una disponibilidad que supera el 50%; siendo el establecimiento 7, el más óptimo en su disponibilidad. Esto se debe al monitoreo constante y gran accesibilidad geográfica del establecimiento; además, los recursos humanos en salud que conforman las plantillas laborales de estos establecimientos son predominantemente personal nombrado, con estabilidad laboral y beneficios<sup>(6)</sup>.

La asistencia de los recursos humanos en salud tuvo un

valor superior al 50%, cifra que supera los resultados reportados por Bonilla D y colaboradores en 2014<sup>(6)</sup>, este valor refleja las diferencias que existieron en el registro de asistencias entre el establecimiento 7 y establecimientos de menor categoría (1 y 2), lo cual se debe a la escasa integración de la Microred como unidad ejecutora del sistema de salud, sin conseguir el compromiso y responsabilidad de algunos recursos humanos con su trabajo, con sus pacientes y compañeros de trabajo, lo cual genera una sobrecarga laboral a los recursos humanos que cubren las funciones del ausente, lo que condiciona a la posibilidad de cometer errores relativos a la carga adicional de trabajo, y desencadenar problemas de calidad de servicio oportuno y eficiente para los pacientes<sup>(2,3,10)</sup>.

Es preocupante que el mayor registro de inasistencias se obtuviera en los 4 establecimientos con menor categoría distribuidos en los distritos de la ciudad, ya que, dada la falta de contención de la barrera del primer nivel de atención, concluye en una carga laboral innecesaria a establecimientos de mayor categoría dentro de la misma Microred<sup>(8)</sup>. Estos resultados se deben al escaso monitoreo y supervisión interna-externa que reciben estos establecimientos; es decir, sus recursos humanos en salud no han recibido influencias positivas que promuevan un buen comportamiento organizacional, basados en respeto a las normativas laborales, posiblemente por el corto tiempo de estancia laboral y poca identificación con la institución en el caso del personal Serums<sup>(3,8,10)</sup>.

El establecimiento 7, tuvo una estricta supervisión en la normativa de asistencia y un monitoreo constante de la permanencia de los recursos humanos en su labor asignada, estrategias que promueven la disciplina laboral y productividad<sup>(6,10)</sup>, aspectos que no se registraron en los establecimientos de menor categoría.

Los recursos humanos en salud que asistieron, registraron un mayor tiempo promedio de servicio laboral en los establecimientos, ya que el mayor número de registros de inasistencias se observaron en aquellos con menos de 2 años de servicio laboral, que pertenecen a las plazas de Serums, lo cual se puede deber al corto tiempo de vínculo con el establecimiento de salud y al escaso compromiso con su labor asistencial. La antigüedad laboral es un indicador de estabilidad laboral y desempeño propuesto por la Organización internacional del Trabajo, que ayuda a evaluar las condiciones adecuadas de trabajo<sup>(11,12)</sup>.

La infracción de la Normativa de Asistencia del Ministerio de Salud Perú, adaptada a la región Lambayeque; obtuvo el mayor número de registros entre los motivos para denominar al recurso humano como inasistente, ya sea porque no concurrir al establecimiento a la hora establecida, no concurrir a su función asignada durante el tiempo de tolerancia de 5

minutos o no permanecer en su función asignada hasta la hora de salida del turno mañana. En cualquiera de estos casos, no se justifica la inasistencia y nos indica la falta de compromiso con su trabajo y la falta de monitoreo de la normativa, siendo indicador de déficit en la organización del establecimiento, pero también le brinda la oportunidad al establecimiento de reducir este resultado constituyéndose en un indicador de éxito en los programas de salud ocupacional inmerso en un control regulativo y normativo<sup>(13,14)</sup>.

Por lo todo anterior mencionado, se recomienda que se debe planificar, gestionar y ejecutar políticas de monitoreo interno, supervisión, motivación y liderazgo en los establecimientos de la Microred, especialmente en los establecimientos de baja categoría, además de realizar un estudio más detallado que evalúe la satisfacción del usuario externo e interno de los establecimientos de la Microred, para obtener un marco informativo de la realidad de cada comunidad y de los recursos humanos en salud asignados a cada establecimiento. Es conveniente la realización de más estudios que evalúen las variables disponibilidad y asistencia para el seguimiento de otras microredes, con un diseño que permita asociar variables y dar conclusiones con mayor evidencia científica, para poder extrapolar los resultados a otras realidades.

La distribución de las inasistencias durante los días de la semana evidenció que el viernes fue el día que registró mayor cantidad de inasistencias dentro de los 31 días evaluados en los meses de Julio a Setiembre, cifra seguida de cerca por los registros reportados en los días lunes, patrón que se observa en médicos y obstetras, días que corresponden al fin de semana e inicio de la semana laboral; días donde existe una mayor tendencia a concurrir a actividades de recreación nocturnas.

Es importante acotar que si bien el registro ideal de asistencia debía ser 30 días, y el estudio se enfocó en sólo 15 días de seguimiento; así mismo, no se pudo evaluar el tiempo desde la última fecha de supervisión de los establecimientos considerados, debido a la falta de accesibilidad a los datos. Estas limitaciones del estudio son producto de ejecutar la investigación en una sola Microred, ya que esto significó un impedimento para la generalización estricta de sus resultados.

Esta tesis generó conocimiento sobre la asistencia y disponibilidad de los recursos humanos en salud de la Microred "Círculo De Playa", indicadores de la eficiencia de la organización de los servicios en salud de cada establecimiento inmersos en el compromiso de los recursos humanos de asistir puntualmente persistiendo en su área de adscripción durante su turno laboral, permitiendo reflejar la oportunidad de aprovechar con eficiencia, calidad y responsabilidad del tiempo, en consideración y respeto hacia los pacientes.

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio De Salud Perú. Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención. Perú: Observatorio de Recursos Humanos en Salud; 2014 Agosto 116p.
2. Gobierno Regional Lambayeque. Reglamento de asistencia, puntualidad y permanencia de los funcionarios y servidores del gobierno regional Lambayeque. Lambayeque: El ministerio; 2007. 18p.
3. Bonilla DC, Carrasco LM, Flórez AM, Martínez LP, Pardo CM, Jiménez WG. Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. Cien. Tecnol. Salud. Vis. Ocul. [internet]. 2014 [acceso 13 ene 2017]; 12 (1): 21-32. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/artic le/viewFile/2695/2429>
4. Soto A. Recursos Humanos en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública [internet]. 2011 [acceso 02 ene 2017]; 28(2): 173-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a01v2 8n2.pdf>
5. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Health Organ [internet]. 2013 [acceso 04 ene 2017]; 91: 853 - 863. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13- 118729.pdf>
6. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Sawaengdee K, Putthasri W. Health workforce contributions to health system development: a platform for universal health coverage. Bull World Health Organ. [internet]. 2013 [acceso 17 may 2017]; 91:874-880. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13- 120774.pdf>
7. Ministerio De Salud Perú. Segunda medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud Perú 2007 - 2015. Perú: Observatorio de Recursos Humanos en Salud; 2013 diciembre 50p.
8. Bustos V, Villarroel G, Ariza F, Guillo M, Palacios I, Cortez L, et al. Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. An Fac Med. [internet]. 2015 [acceso 05 ene 2017]; 76: 49 - 55. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nsp/a06>

- v76nspe.pdf
9. García HE, Díaz P, Ávila D, Cuzco MZ. La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. An Fac Med. [internet]. 2015 [acceso 12 ene 2017]; 76:7-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a02v76nspe.pdf>
  10. Ministerio De Salud Perú. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud Perú 2007-2010. Perú: Observatorio de Recursos Humanos en Salud; 2011. 148p.
  11. Acevedo G, Farias A, Sánchez J, Astegiano C, Fernández A. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. Rev Argent Salud Pública [internet]. 2012 [acceso 08 ene 2017]; 3(12):15-22. Disponible en: <https://bit.ly/2MeSr4D>
  12. Sánchez D. Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Revista Salud Bosque. [internet]. 2015 [acceso 10 ene 2017]; 5(1):43-54. Disponible en: <https://bit.ly/2lRv5cg>
  13. Jiménez MM, Mantilla E, Huayanay-Espinoza CA, Gil K, García H, Miranda JJ. Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [internet]. 2015 [acceso 28 mar 2015]; 32(1):41-50. Disponible en: <http://dev.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n1/a07v32n1.pdf>
  14. Solari L. Atención primaria de la salud: un compromiso pendiente. Rev Peru Med Exp Salud Pública [internet]. 2013 [acceso 08 ene 2017]; 30(2):173-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a02v30n2.pdf>.

**Correspondencia**

Lady Terranova Veliz.

Correo: [caroterraveliz@hotmail.com](mailto:caroterraveliz@hotmail.com)

**Revisión de pares**

Recibido: 20/010/2018

Aceptado: 15/03/2018