

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REALIDAD VS NECESIDAD IMPERATIVA. PANAMÁ 2019**THE PLANNING OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH BASED ON PRIMARY HEALTH CARE: REALITY VS IMPERATIVE NEED. PANAMA 2019****PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE COM BASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REALIDADE VERSUS NECESSIDADE IMPERATIVA. PANAMÁ 2019**

Magister Delia Pineda Rodríguez.

Universidad de Panamá.

Master en Salud y Seguridad Ocupacional.

Profesora Agregada del Departamento de Salud Pública.

email: dpineda_0182@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8802-567X>

Fecha de Recepción: febrero 2019

Fecha de Aceptación: 2 de junio 2019

RESUMEN

Objetivo: presentar la situación actual del recurso humano de salud en Panamá y la necesidad de una planificación basada en la atención primaria de salud como estrategia para mejorar la salud de la población. **Método:** consistió en la revisión literaria de informes de la Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Panamá (MINSa), estadísticas del Instituto Nacional de estadísticas y Censo de Panamá, artículos de reflexión en materia de gestión del recurso humano en salud. La búsqueda fue realizada en algunas bases de datos como: ProQuest, E-books Central (E-libro y E-library), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). **Resultados:** con respecto a la planificación del recurso humano en salud se evidencia su deficiente e inadecuada distribución en las zonas urbanas y rurales, no solo en Panamá, sino también en América Latina, lo que limita la cobertura universal de salud y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. En el contexto de las necesidades, se determina como eje principal el enfoque de integración y regulación de los sistemas de salud, junto con el análisis del mercado laboral. **Discusión:** Son evidentes las graves desigualdades de cobertura en los servicios de salud y seguridad social, sobre todo en las áreas geográficas de difícil acceso, como las comarcas. El MINSa cuenta con un estudio donde se determinó la necesidad de mil 733 enfermeras. Por otro lado, los datos de la contraloría general (2013), señalan que hay 5 mil 206 Enfermeras que laboran en las instalaciones del MINSa, CSS y los hospitales que tienen la figura de patronato.

Conclusiones: El personal de salud presenta una densidad muy baja de médicos y enfermeras en la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, y en Guna Yala de 11.0 por cada 10,000 habitantes. Se requiere una coordinación y planificación en la formación de recursos humanos en salud tomando en cuenta, la cobertura, basados en la estrategia de Atención Primaria para mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras claves: planificación, recurso humano, atención primaria, necesidad imperativa

ABSTRACT

Objective: To show the current situation of human health resources in Panama and the need for planning based on primary health care as a strategy to improve the health of the population.

Method: This study consisted of the literary review of reports from the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO), and the Ministry of Health of Panama (MINSa), along with statistics from the National Institute of Statistics and Census of Panama, and reflection articles on the management of human resources in health. The search was done through databases such as: ProQuest, E-books Central (Elibro and E-library), and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS).

Results: The deficiency or inadequate distribution in urban and rural areas of the planning of human resources for health is evident not only in Panama, but also in Latin America; thus, limiting the universal health coverage and the compliance with the millennium development goals. With regards to the needs, the focus of integration and regulation of health systems is established as the main axis, together with the analysis of the labor market.

Discussion: The severe inequalities of health coverage and social security services are evident, especially in geographical areas with difficult access, such as the “Comarcas” (Indigenous geographical area). MINSa has a study which determined the need for 1,733 nurses. On the other hand, data from the comptroller general (2013), indicate that there are 5,206 nurses who work in installations of MINSa, CSS, and hospitals that are under sponsorship.

Conclusions: The health personnel show a very low density of physicians and nurses in the N. Buglé Comarca of 2.2 per 10,000 inhabitants, and in Guna Yala of 11.0 per 10,000 inhabitants. The coordination and planning in the training of human resources for health is required. It should consider coverage based on the primary care strategy to improve the well-being of the population.

Keywords: planning, human resources, primary care, imperative need

Resumo

Objetivo: apresentar a situação atual do recurso de saúde humana no Panamá e a necessidade de planejamento baseado na atenção primária à saúde como estratégia para melhorar a saúde da população.

Método: consistiu na revisão literária de relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde do Panamá (MINSA), estatística do Instituto Nacional de Estatística e Censo do Panamá, artigos de reflexão sobre a gestão de recursos humanos em saúde. A pesquisa foi realizada em algumas bases de dados como: ProQuest, E-books Central (E-book e E-library), Literatura Latino-Americana e Caribeana em Ciências da Saúde (LILACS).

Resultados: O planejamento de recursos humanos em saúde mostra sua distribuição precária e inadequada em áreas urbanas e rurais, não só no Panamá, mas também na América Latina, limitando a cobertura universal de saúde e cumprindo as metas de desenvolvimento do milênio. No contexto das necessidades, a abordagem da integração e regulação dos sistemas de saúde é determinada como o principal eixo, juntamente com a análise do mercado de trabalho.

Discussão: As sérias desigualdades de cobertura nos serviços de saúde e seguridade social são evidentes, especialmente em áreas geográficas de difícil acesso, como áreas indígenas. O MINSA tem um estudo que determinou a necessidade de mil 733 enfermeiros. Por outro lado, os dados da contraloría geral (2013), indicam que há 5 mil 206 Enfermeiros trabalhando em instalações do MINSA, CSS e hospitais que possuem a figura do Conselho Curador.

Conclusões: Os profissionais da saúde têm uma densidade muito baixa de médicos e enfermeiros na área indígena de N. Buglé de 2,2 por 10.000 habitantes, e em Guna Yala de 11,0 por 10.000 habitantes. A coordenação e o planejamento são necessários na formação de recursos humanos em saúde levando em consideração a cobertura, a partir da estratégia da Atenção Básica para melhorar a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: planejamento, recursos humanos, atenção primaria, necessidade imperativa

INTRODUCCIÓN

La planificación del recurso humano es un proceso básico en toda organización; ya que el recurso humano es reconocido como el pilar en toda organización, en la prestación de sus servicios y del cual depende directa e indirectamente el éxito de la misma. Al analizar el concepto de planificación del recurso humano queremos resaltar la opinión de López (2007) “La planeación de los Recursos Humanos, es uno de los procesos básicos para un desarrollo eficaz de la gestión de los recursos humanos y del conjunto de la organización. En términos generales consiste en prever las necesidades de los recursos humanos de la organización, para los próximos años y fijar los pasos necesarios para cubrir dichas necesidades”.

Iniciamos resaltando el concepto de planificación del recurso humano; ya que por las características del servicio que se brinda en el sector salud este proceso debe ser llevado de forma

continua y permanente, considerando las necesidades cambiantes de la población, factores epidemiológicos y sociodemográficos de la misma, con el fin que la cartera de servicios vs las instalaciones de salud, recurso material y humano sean acordes con la realidad y necesidades de la población.

Contexto Actual de la planificación del recurso humano de salud en Panamá

- **Sistema Salud**

La Constitución Política de la República de Panamá creada en 1972, presenta en el Título III “Derechos y Deberes Individuales y Sociales”, Capítulo 6: Salud, Seguridad Social y Asistencia Social; específicamente en el artículo 109, lo siguiente:

“Es función esencial del Estado velar por la salud de la Población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”.

Cumpliendo con este mandato mediante el **Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969**: Se creó el **Ministerio de Salud**, se determinó su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969), decreta en el artículo N°1: “Créase el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud por mandato constitucional son responsabilidad del Estado. Como órgano de la función ejecutiva el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud de Gobierno en el país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la constitución y la Ley otorgan a los Ministerios de Estado”.

Con lo anterior presentado se reconoce legalmente en materia de salud como ente rector de la misma a el Ministerio de Salud, hacemos esta aclaración; ya que el sistema de salud en Panamá esta segmentado; es decir está compuesto por un sector público y un sector privado. La competencia en el sector privado por captar clientes o usuarios según su capacidad de pago, clase social y otros, contribuye a la inequidad, profundizando la segmentación en el sistema de salud, elevando los costos de transacción y debilitando de forma indirecta el rol del Ministerio de Salud.

Esto se evidencia cuando en el sector privado actualmente hay 5 hospitales del tercer nivel, sin contar los hospitales de segundo nivel y clínicas que corresponden al primer nivel de atención de salud; a esto se suman las aseguradoras privadas ofertando paquetes de salud individual y familiar, seguros de vida, de hospitalización entre otros. Los cuales no están regulados incrementando el costo en salud en la población según su capacidad de pago y estrato social.

El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago, se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y los servicios son ofrecidos en clínicas y hospitales privados.

Por otro lado, como parte de un sistema de salud segmentado, tenemos el sector público que cubre a la mayor parte de la población panameña y está constituido por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS).

El Ministerio de Salud, además de fungir como rector del sistema de salud, presta el servicio a las personas sin seguridad social y a la población en general; ya que tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población. Cabe resaltar que la Caja de Seguro Social (CSS) es responsable de administrar el sistema de seguridad social del país, la cual es una institución pública autónoma independiente adscrita al Sector Salud; la misma fue creada por medio de la Ley 23 del 21 de marzo de 1941 y cubre aproximadamente al 84% de la población de la clase trabajadora y sus beneficiarios.

Reflejándose la gran problemática de un sistema de salud fragmentado donde hay duplicidad de funciones e instituciones en todos los niveles de atención, donde se percibe a menudo competencia entre ambas instituciones (MINSa y CSS), debilitando el sistema de salud panameño, reflejándose la falta de coordinación e integración de la red de servicios de salud. A raíz de esto el gobierno hizo un llamado al diálogo por la transformación del sistema salud en julio de 2014 y en diciembre del 2015 donde se presentó la hoja de ruta o libro blanco que destaca la situación de salud y el camino para mejorarlo, teniendo como base reforzar la atención primaria de salud. Estas dos redes, aunque funcionan de manera independiente, han podido establecer cierta coordinación, de tal manera que algunos beneficiarios de la CSS reciben atención en los establecimientos del MINSa.

Con respecto a la distribución de las instalaciones sanitarias, el sistema público del MINSa, está dividido en 14 regiones sanitarias en donde tienen presencia. La CSS con presencia en 9 regiones del país. En términos generales, esta red debería ser suficiente para cubrir la totalidad de la población panameña. Sin embargo, existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las áreas urbanas y una fragmentación del sistema con segmentación en la cartera de servicios en detrimento de la población, especialmente la no afiliada a la seguridad social, que vive en zonas apartadas y/o rurales.

Cabe destacar que en la actualidad se ha estado trabajando en la transformación del sistema de salud, donde en un comunicado el ministro de Salud Dr. Mayo, M (enero 2018) resalta que:

“El MINSa y la CSS han homologado ya la mayoría de las distorsiones administrativas (salarios, reglamentos, programas, protocolos de atención).

Además, se activó la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) cuya función es hacer un listado único de medicinas para Panamá. Por otro lado, las direcciones de planificación de ambas instituciones se han dividido la construcción de instalaciones de salud y evitar así la duplicidad de las mismas”.

Otra evidencia que resalta el interés del gobierno en subsanar y rescatar las debilidades en materia de salud es la instalación de la Comisión de Alto Nivel (CAN), legalmente constituida mediante el Decreto Ejecutivo N°1 del 8 de enero de 2016, que tiene como objetivo iniciar la Transformación del Sistema Nacional Público de Salud, dicha comisión está compuesta por 18 miembros, entre ellos: Representante del Presidente de la República, el Ministerio de Salud (MINSa), la Caja de Seguro Social (CSS), el Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), profesionales, técnicos y administrativos del sector salud, representantes de pacientes con enfermedades crónicas, esta comisión tendrá como compromiso la elaboración de una propuesta con miras hacia un sistema de salud eficiente, oportuno y de alta calidad; asegurando la cobertura y el acceso universal, donde los recursos económicos en materia de salud se enfoquen primordialmente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 67% del gasto total en salud en Panamá es público y 33% privado. Dentro del gasto público, el gasto del MINSa representa 43% y el restante 24% corresponde a la CSS. Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa 27% y el 6% corresponde a seguros médicos privados. (Instituto de Estadística y Censo, 2017).

Sistema Formador del recurso humano de salud.

El proceso de formación de recursos permite contar con grupos humanos capaces de hacer funcionar como sistema a los servicios de salud en sus diferentes contextos.

La formación de los profesionales de la salud se lleva a cabo en las instituciones de educación superior, tanto en el sector público como en el privado.

Cada institución elabora y diseña el plan de estudio de la carrera con autonomía; en el caso de las instituciones privadas, sus planes de estudio deben ser aprobados previamente por el ente rector, la Universidad de Panamá. A continuación, enunciaremos las instituciones públicas y privadas que actualmente se encargan de la formación de enfermeras y médicos en Panamá.

Públicas	Privadas	
Universidad de Panamá	Universidad Interamericana de Panamá	Sólo en capital
Centros Regionales	Universidad Latina	
✓ Campus Central		
✓ Bocas del Toro		
✓ Darién		
✓ Colón	Columbus University (forma sólo médicos)	Sólo en capital
✓ Veraguas		
✓ Azuero		

Universidad Autónoma de Chiriquí		
Universidad Especializada de las Américas, extensiones en:		
<ul style="list-style-type: none"> • Azuero • Chiriquí • Coclé • Colón • Veraguas 		

Las Universidades particulares en general tienen procedimientos muy flexibles para la admisión en los estudios de pregrado y de grado, basados casi siempre en los estudios de enseñanza media y en la capacidad de pago de los estudiantes y sus familias.

La Universidad de Panamá fue la primera institución de educación superior en formar médicos y después enfermeras. La Facultad de Enfermería inició la formación de Licenciadas en Enfermería en 1967, siendo en ese momento Escuela de Enfermería, hasta cuando en 1985, el Consejo Académico, aprobó crear la Facultad de Enfermería. Por su parte, la Facultad Medicina inició la formación de médicos mucho antes. La demanda de estudiantes, para ambas carreras, ha sido muy grande, por lo que se han establecidos cupos en la admisión, de acuerdo, a las posibilidades de cada Facultad. Además, se aplican los criterios generales de admisión, establecidos por la Universidad de Panamá.

La Universidad Especializada de Las Américas, es una institución oficial, creada mediante la Ley 40 de 18 de noviembre de 1997. Dedicada a la educación superior en respuesta a la voluntad de ampliar la oferta educativa acorde con el proceso permanente de modernización de nuestro país. Entre sus ofertas podemos mencionar: Carreras Técnicas, Licenciaturas, Doctorados académicos, Diplomados y Postgrados.

A nivel formativo los principales actores con competencias regulatorias son tenemos el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de Panamá (**CONEAUPA**). Es el ente rector del Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior Universitaria en Panamá, creado por la Ley No. 30 del 20 de julio de 2006.

Es el organismo evaluador y acreditador nacional, con autonomía financiera, administrativa y reglamentaria, con patrimonio propio y personería jurídica, representativo de los diferentes sectores vinculados con el desarrollo de la educación superior del país. Participa igualmente (conjuntamente con la Comisión Técnica de Fiscalización y el Ministerio de Educación) en el proceso de creación de las Universidades particulares.

Importancia de la Planificación del Recurso Humano en Salud basado en la Atención Primaria de la Salud

Es importante resaltar el concepto de salud y de la atención primaria de salud discutidos, y reafirmados en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978; resalta la definición de ambos conceptos afirmando: *“que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”*.

En esta misma conferencia en septiembre del 1978 se define igualmente el concepto de la atención primaria de salud, a cual presentamos a continuación: *“La Atención Primaria de Salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”*.

En la planeación, es necesario determinar la cantidad de cada uno de los recursos para llevar adelante las estrategias, la siguiente fase de la planificación de los recursos, esta consiste en resolver si los recursos necesarios se pueden generar o adquirir y la última fase de la planeación de los recursos es la distribución de los recursos.

MÉTODO

Consistió en la revisión literaria de informes de la Organización Mundial de Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Panamá (MINSAL), estadísticas del Instituto Nacional de estadísticas y Censo de Panamá, artículos de reflexión en materia de gestión del recurso humano en salud. La búsqueda fue realizada en algunas bases de datos como: ProQuest Ebooks Central (E-libro y E-library), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

RESULTADOS

Contexto del Recurso Humano en Salud a nivel Nacional

La capacitación y actualización del personal de salud es responsabilidad de cada institución empleadora, aunque en algunos casos los profesionales realizan las capacitaciones

por cuenta propia, los Colegios correspondientes no otorgan certificación y recertificación a sus afiliados.

La planeación de los recursos humanos en salud ha sido una tarea reconocida oficialmente como prioritaria, pero ha producido pocos resultados. Sin embargo, sus actividades se han concentrado en programas de estudio, y en el diseño y aplicación del Examen de Certificación, no ha sido posible consolidar la coordinación y el trabajo permanente, entre las instituciones formadoras y las empleadoras en el sector salud, lo que ha impedido concretar acciones, hoy apremiantes para los Recursos Humanos en Salud.

En el 2011 el país contaba con un total de 5,551 médicos (as), dedicados a funciones administrativas y sanitarias, 4,744 enfermeras(os), y 1,114 odontólogos(as), entre otro personal de salud. El total del personal de salud en estas tres categorías asciende a 11,409 del sector público y privado. Al comparar estas cifras con las del 2010 se observó un aumento en los médicos(as) de 8.4 por ciento, en los odontólogos(as) de 2.1 por ciento y en las enfermeras(os) de 6.5 por ciento.

Del total de **médicos(as)**, el 38.2 por ciento laboraban en el Ministerio de Salud, el 46.9 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 14.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con relación a las **enfermeras**, el 44.4 por ciento, ejercían en el Ministerio de Salud, el 44.8 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 10.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con respecto a los **odontólogos**, el 40.5 por ciento prestan servicio en el Ministerio de Salud, el 39.3 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 20.2 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones).

El MINSA cuenta con un estudio previo donde se determinó la necesidad de mil 733 enfermeras. Según datos de la contraloría general, 2013, en el país hay 5 mil 206 “ángeles blancos” que laboran en las instalaciones del MINSA, CSS y los hospitales que tienen la figura de patronato. La contratación para las profesionales de la enfermería en el MINSA es más compleja, ya que la permanencia tarda años; es decir son nombradas por contrato y en algunas instalaciones se mantienen con nombramiento por contrato hasta 5 años sin obtener la permanencia en la figura de renovación del contrato anual.

Convencionalmente, la disponibilidad de recursos humanos se ha calculado de acuerdo al número de trabajadores por mil o 10 mil habitantes, incluyendo, generalmente, sólo tres categorías ocupacionales del conjunto de la fuerza de trabajo en salud (médicos, enfermeras y odontólogos). Sin embargo, esta proporción no refleja la real disponibilidad a nivel regional, urbano-rural, y por tipo de población, por lo que este indicador se considera inicialmente para efectos de contar con una referencia general sobre la disponibilidad de recursos humanos y hacer comparaciones globales entre los países de América Latina y el Caribe, y de otras latitudes.

La Organización Mundial de la Salud, ha propuesto la suma de dos indicadores: médicos y enfermeras cada 10,000 habitantes, considerando que “En general la escasez o el exceso de personal sanitario se define tomando en cuenta otros países de la región que se

encuentran en similar grado de desarrollo, **Baja densidad** es cuando la oferta es **menos de 25 trabajadores** sanitarios cada 10,000 habitantes. Este es la densidad recomendada para la Región (OMS 2006). **Densidad media** es de 25 a 50 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes. **Alta densidad** cuando el valor del indicador se ubica por encima de 50 trabajadores por diez mil habitantes.

Los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa, para el Latino América 17.3 médicos, 13.9 enfermeras y 3.9 odontólogos por 10.000 habitantes y para el Istmo Centroamericano 11.8, 8.5 y 3.4 por 10,000 habitantes respectivamente.

A nivel laboral el MINSa, la CSS y el Consejo Técnico son las instituciones con competencias regulatorias en nombramiento de recurso humano en salud. El Consejo Técnico de Salud y la Universidad de Panamá asesoran al MINSa en el otorgamiento de la autorización para el ejercicio de las profesiones médicas y otras afines. Por otra parte, en 2004 y 2006 se adoptaron la Ley 43 y el Reglamento del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos en las Disciplinas de la Salud. Estos instrumentos legales establecen los procesos de certificación y recertificación de los recursos humanos profesionales, especializados y técnicos a través del Colegio Médico, el cual fue creado en 2004. Esta ley busca facilitar la evaluación del nivel de competencia académica, científica y técnica, así como de la conducta ética de los profesionales médicos, además de promover su actualización continua y permanente. Las entidades públicas y privadas que forman a los recursos humanos en las ciencias de la salud son responsables de promover los procesos de certificación ante el Colegio Médico.

DISCUSIÓN

Según el informe de análisis de la medición y monitoreo de las metas regionales en recurso humano en salud vs indicadores básicos de salud, se refleja que la tasa de mortalidad materna a nivel nacional es de 0.6 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos; mientras que en la comarca de Guna Yala presenta la tasa más elevada del país con 4.6 seguido de la comarca Ngabe Bugle con 2.0 muertes maternas por 1,000 nacidos vivos.

La mortalidad materna se relaciona muy estrechamente con las condiciones de educación, socio-económicas, de acceso y calidad de servicios de salud.

Entre las principales áreas geográficas y grupos humanos del país existen graves desigualdades de cobertura en los servicios de salud y seguridad social. Por otra parte, la calidad de los servicios en las comunidades más pobres no se enmarca dentro de una cultura de sensibilidad y atención a los derechos de las personas, lo cual es una expresión de la debilidad de las políticas públicas en lo económico, social y cultural: reflejo, sin duda, de sistemas productivos generadores de marginalidad, inequidad y exclusión.

En las áreas indígenas, el personal de salud sigue siendo escaso, presentando una densidad de médicos y enfermeras para la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, para la de Comarca de Guna Yala de 11.0 por cada 10,00 habitantes la densidad de médicos y enfermeras; y para la Región de Salud de Darién de 11.7 x 10,000 habitantes, lo que representa una densidad muy baja con relación a lo recomendado por la OPS.

Mientras que, para el país, según el censo 2011, la densidad del recurso humano es de **27.65** y para las provincias de Los Santos, Herrera y Panamá es de 38.28, 37.83 y 33.97, respectivamente; en Darién y en la Comarca Ngäbe Buglé son de 12.18 y 2.58; ubicándose como las más bajas del país.

Complementando las desigualdades en la distribución del Recurso Humano en Salud; en el siguiente cuadro podemos observar que hay una necesidad de manera importante de recurso humano profesional de salud en las áreas rurales y principalmente en las áreas comarcales de la República de Panamá.

Distribución de Médicos, Enfermeras y Odontólogos en las Instalaciones de Salud: marzo 2008-11 y 2012 según Ciudades Panamá y colón, Provincia y Comarca Indígena

Profesionales de la salud / Distribución por provincias	Bocas del Toro	Ngabe Bugle	Chiriquí	Veragua	Herrera	Los Santos	Coclé	Colón	Panamá	Kuna Yala	Emberá	Darién	Total
Médicos	97	22	627	256	247	185	247	228	4,059	21	No Registra Información	36	6,025
Enfermeras	128	18	687	299	328	200	304	211	2,902	23	NRI	38	5,138
Odontólogos	25	12	100	78	57	51	75	42	774	6	NRI	12	1,232
Total	250	52	1,414	633	632	436	626	481	7,735	50	NRI	86	12,395

Total: Médicos=6,025 Enfermeras=5,138 Odontólogos= 1,232 Según Panamá en Cifras (año 2008-12 C.G.R. noviembre 2013) (NRI- No Registra Información)

Actores afectados

No obstante, los promedios nacionales esconden grandes disparidades entre las áreas urbanas con respecto a las rurales, siendo la población indígena la que enfrenta mayores carencias de salud.

Los principales actores afectados son las mujeres en edad fértil residentes en las comarcas indígenas quienes confrontan dificultades económicas, geográficas y culturales para acceder a los servicios de cuidados obstétricos esenciales, básicos y de emergencia. Confrontan, además, limitadas posibilidades de utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIÓN

El personal de salud sigue siendo escaso, presentando una densidad muy baja de médicos y enfermeras para la Comarca N. Buglé de 2.2 por cada 10,000 habitantes, para la de Comarca de Guna Yala de 11.0 por cada 10,00 habitantes, según lo recomendado por la OMS; y es precisamente en las áreas comarcales, ya sea por su poca accesibilidad geográfica, cultural, educativa y socioeconómica donde se reflejan las tasas de mortalidad materna más elevadas, menos dotación de instalaciones de salud y recurso humano, reflejando las inequidades en salud y la necesidad de la planificación del recurso humano desde su formación y distribución en base a la atención primaria como estrategia para promover la salud y prevenir enfermedades, mejorando la calidad de vida de la población.

REFERENCIAS

1. ALADEFE. Revista Iberoamérica de educación e investigación en enfermería. Volumen 6 N°1. Enero- marzo 2016. recuperado de:
[file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Aladefe61_enero_2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Aladefe61_enero_2016%20(1).pdf)
2. Conferencia Internacional de Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978.
Recuperado de:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf
3. Cuadro de Seguridad social. Recuperado de:
https://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=36&ID_PUBLICACION=916&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=5
https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=933:planificacion-de-rhus&Itemid=269
4. Importancia De La Planificación De Recursos Humanos En La Empresa Perspectivas, núm.20, julio-diciembre, 2007, pp. 7-28 Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942331002.pdf>
5. López G, R (2007). Importancia De La Planificación De Recursos Humanos En La Empresa. *Perspectivas*, (20), 7-28. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/toc.oa?id=4259&numero=42331>
6. *Medwave* 2016 Nov;16(10):e6611 doi: 10.5867/medwave.2016.10.6611.
Revista Biomédica revisada por pares. Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas.

Recuperado de:

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6611.act>

7. Mayo, M. 28 de enero de 2018. Artículo trataré de hacer un resumen de lo que ha sido el avance de la transformación del Sistema de Salud de Panamá. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/realidades-del-sistema-de-salud-en-panama>
8. MINSa, Análisis de la situación de Salud Panamá. 2018. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/asis_final_2018c.pdf
9. MINSa. (2016). Políticas de Salud de Panamá 2016-2025. Recuperado de: [file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/POLITICAS_DE_SALUD_2016_-_2025-eSalud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Delia/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/POLITICAS_DE_SALUD_2016_-_2025-eSalud%20(1).pdf)
10. OPS/OMS, 52.o Consejo Directivo 65.A Sesión Del Comité Regional. Recursos Humanos Para La Salud Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Recuperado de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/CD52.6_s.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2008). SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°1 “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington. Recuperado de: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
12. Perfil de Salud Panamá. 2016. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf
13. Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado. PANAMÁ 2030. Recuperado de: http://www.pa.undp.org/content/dam/panama/docs/Documentos_2017/Plan-Panamá2030.pdf