

NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE ALTO NIVEL EN EL SECTOR SANITARIO PANAMÁ 2014-2025

Panamá. Marzo de 2015

Socios Operativos



Consorcio Liderado por



Socios Coordinadores



Participan más de 80 Socios Operativos y Entidades Colaboradoras de Europa y América Latina

Estimación de las necesidades de Recursos Humanos de alto nivel en el sector sanitario, Panamá 2014-2025

Autor: Patricia Barber Pérez

Organización: Equipo Economía de la Salud de la
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Fecha: Marzo 2015

ÍNDICE

Introducción.....	3
1. Panamá en su entorno. Gasto sanitario.....	4
2. Panamá en su entorno. Resultados en Salud.....	8
3. La década 2000. Una década de preocupación por los RRHH en sanidad.....	13
4. Los RRHH de primer nivel en Sanidad. Panamá 2013.....	16
5. Modelo de planificación de densidad de RRHH de alto nivel en el sector sanitario en Panamá 2014-2025.....	19
6. Síntesis, Conclusiones y Líneas futuras de trabajo.....	35

INTRODUCCIÓN

“Without health workers there is no health care”¹

La difícil tarea de la planificación de los RRHH en el sector sanitario se agravan ante la necesidad de planificar con perspectiva de largo plazo, para un ámbito suprarregional, en un ambiente de incertidumbre, buscando el equilibrio entre la oferta y la demanda o necesidad, con la exigencia de imbricación entre formación, empleo y desempeño y con las tensiones entre las organizaciones proveedoras de cuidados sanitarios.

El objetivo de la planificación de la fuerza de trabajo es la provisión de un número adecuado de personal con competencias adecuadas para satisfacer las necesidades de la población y asegurar que este personal está disponible, que se distribuye equitativa y coherentemente entre regiones geográficas, establecimientos y niveles de cuidado. La acción de las políticas ha de incluir: análisis de la oferta prevista de fuerza de trabajo, estrategias para conseguir habilidades que se necesiten y mecanismos que faciliten reasignaciones de personal existente, cuando sea necesario.

Tal como señala la OMS², son cuatro las dimensiones básicas del derecho a la salud y a un nivel mínimo de protección social: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y

¹ **Health Workforce 2030. A global strategy on human resources for health. OMS, Global Health Workforce Alliance. 2014.** http://www.who.int/hrh/documents/strategy_brochure9-20-14.pdf

² **Una verdad Universal: no hay salud sin agentes sanitarios. OMS, Global Health Workforce Alliance, 2013.** <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>

calidad.

Disponibilidad: del número suficiente de agentes sanitarios, con las competencias y la combinación de habilidades adecuadas, para cubrir las necesidades sanitarias de la población.

Accesibilidad: un acceso equitativo al personal sanitario, teniendo en cuenta el tiempo de los desplazamientos y el transporte; el horario de apertura y por tanto la presencia de los agentes sanitarios; si la infraestructura está adaptada para personas con discapacidad; los mecanismos de remisión; y los costes directos e indirectos tanto oficiales como no oficiales.

Aceptabilidad: las características y la habilidad del personal sanitario para tratar a todos con dignidad, crear un vínculo de confianza y promover la demanda de servicios

Calidad: las competencias, las habilidades, el conocimiento y el comportamiento del agente sanitario, evaluados teniendo en cuenta las normas profesionales y la percepción del usuario.

En este contexto, este informe es un punto de partida al estudio prospectivo sobre la oferta y demanda de los recursos humanos sanitarios de alto nivel en Panamá con el fin de generar conocimiento y prever el impacto que su densidad y distribución pueden tener en el estado de salud de la población y en el control de los problemas sanitarios.

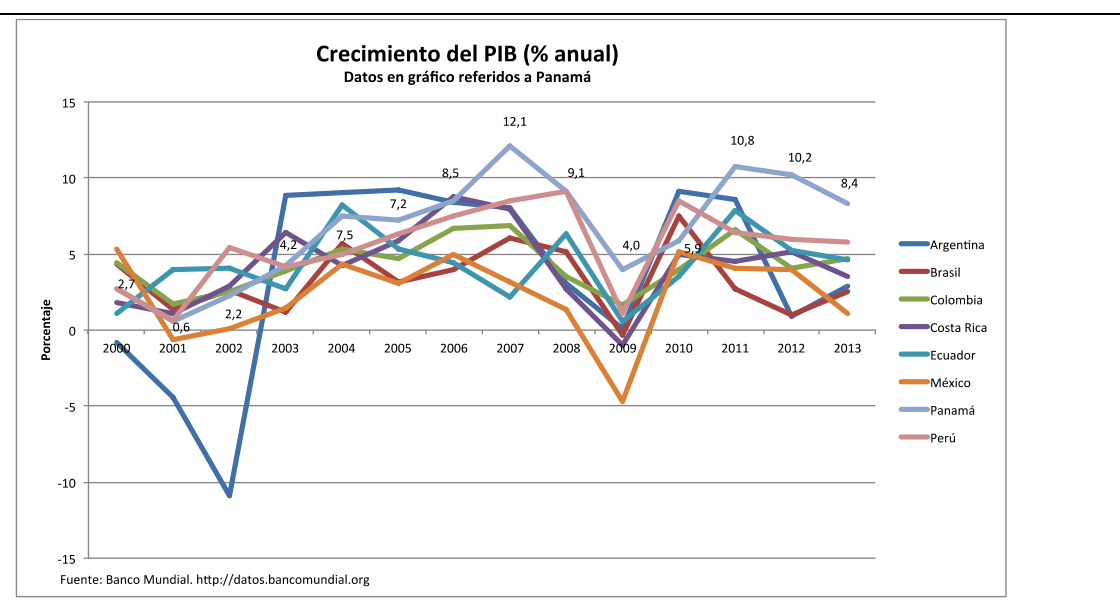
I. PANAMÁ EN SU ENTORNO. GASTO SANITARIO

Panamá forma parte, según el Banco Mundial, del grupo de países con ingresos medio-altos respecto a los Ingresos Brutos (GNI), con unos ingresos medios per cápita en 2013 entre 4,126\$ y 12,745\$.

Aunque su tasa de crecimiento según el Producto Interior Bruto (PIB) ha descendido en los dos últimos años, en la última década ha liderado el crecimiento económico entre los países que según la clasificación del Banco Mundial pertenecen a su mismo grupo según ingresos y zona geográfica (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, México).

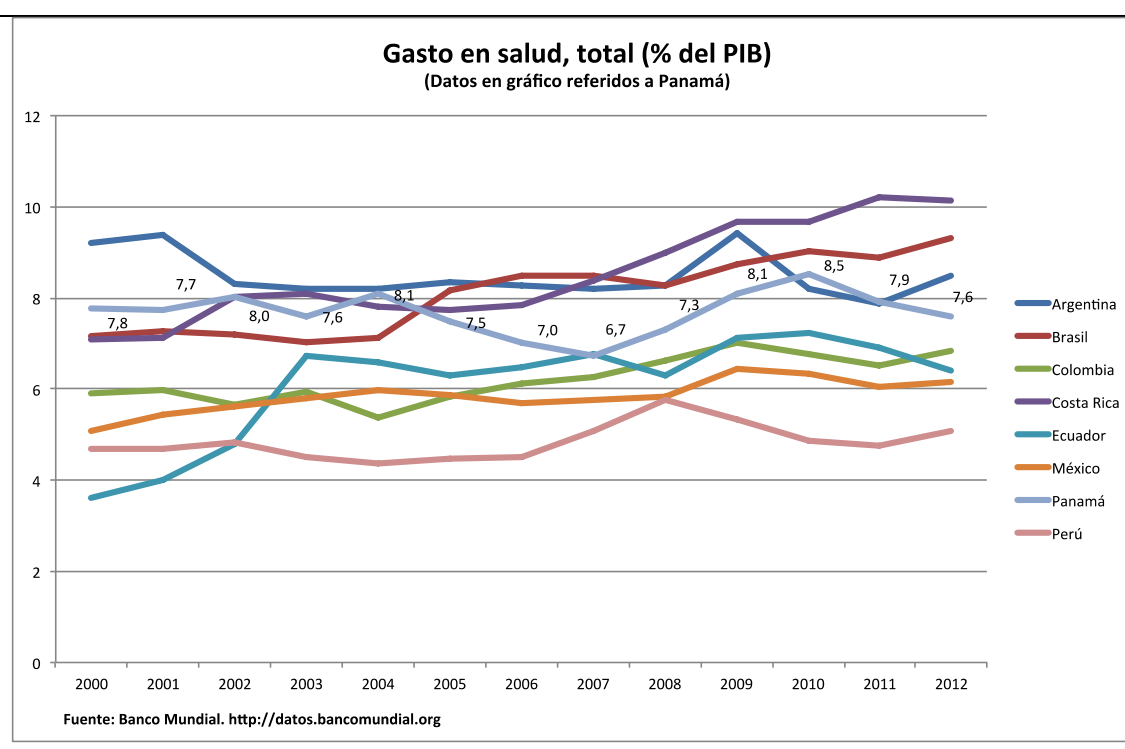
El gráfico I muestra la evolución de sus tasas de crecimiento desde 2000. Se contrasta el liderazgo de Panamá. En 2013, su PIB creció un 8,4% frente al 5,8% de Perú o el 1% de México, que conforman la horquilla de variación del conjunto de estos países de comparación.

Gráfico I. Tasa Crecimiento PIB



Este liderazgo no se mantiene, sin embargo, en cuanto al esfuerzo de inversión y gasto en el sector sanitario. Panamá dedica un 7,6% de su PIB mientras que algunos de los países que forman este grupo homogéneo como Costa Rica (10,1%) o Brasil (9,3%) presentan un gasto total en salud como porcentaje del PIB similar a países europeos (Zona Euro=10,65%, OCDE=12,6%) .

Gráfico 2. Gasto Total en salud como porcentaje del PIB



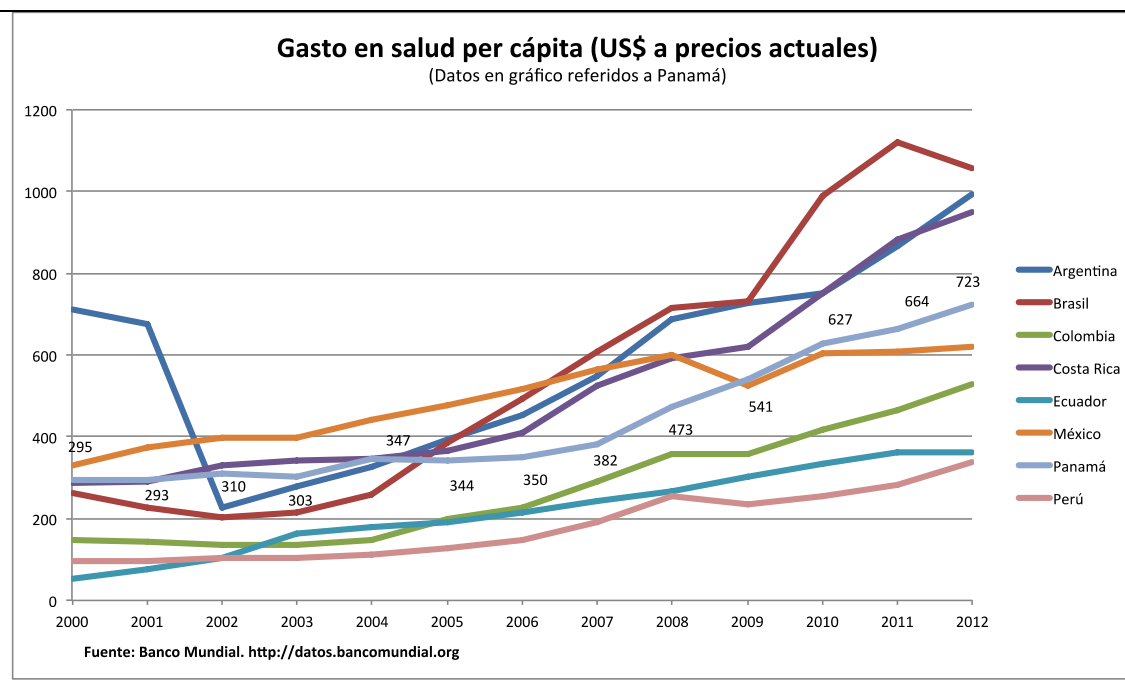
Efectivamente la década de los 2000 no ha sido una década ganada para el sector sanitario en Panamá. La inversión sanitaria respecto al PIB ha permanecido prácticamente constante en todo el periodo (gráfico 2), lo que, a pesar de suponer incrementos relativos por el crecimiento del denominador, el PIB, el crecimiento económico del país no ha sido generoso con el fortalecimiento del sistema sanitario que es, en última instancia, el que determina los niveles y mejoras de salud de población.

Sin embargo, frente a otros países de su entorno, la apuesta por la cobertura pública (tabla I) parece decidida. En 2012 el 68,6% del gasto sanitario procedió del sector estatal.

Tabla I. Gasto público en salud (% del gasto total en salud)		
		2012
	Argentina	69,2
	Brasil	46,4
	Colombia	75,8
	Costa Rica	74,6
	Ecuador	44,8
	México	51,8
	Panamá	68,6
	Perú	58,9
	Zona euro	76,0
	OCDE	61,4
Fuente: Banco Mundial		

En términos de gasto en salud per cápita, aun existen grandes diferencias entre los países Latinoamericanos y Europeos. Éstos últimos en 2012 realizaron un gasto medio per cápita en salud de 3,884\$, mas de cinco veces el esfuerzo inversor de Panamá (726\$ per cápita en 2012) pero también muy superior al realizado por los países que lideran este concepto en Centro y Suramérica como Brasil (1,059\$), Argentina (995\$) o Costa Rica (995\$).

Gráfico 3. Gasto en salud per cápita



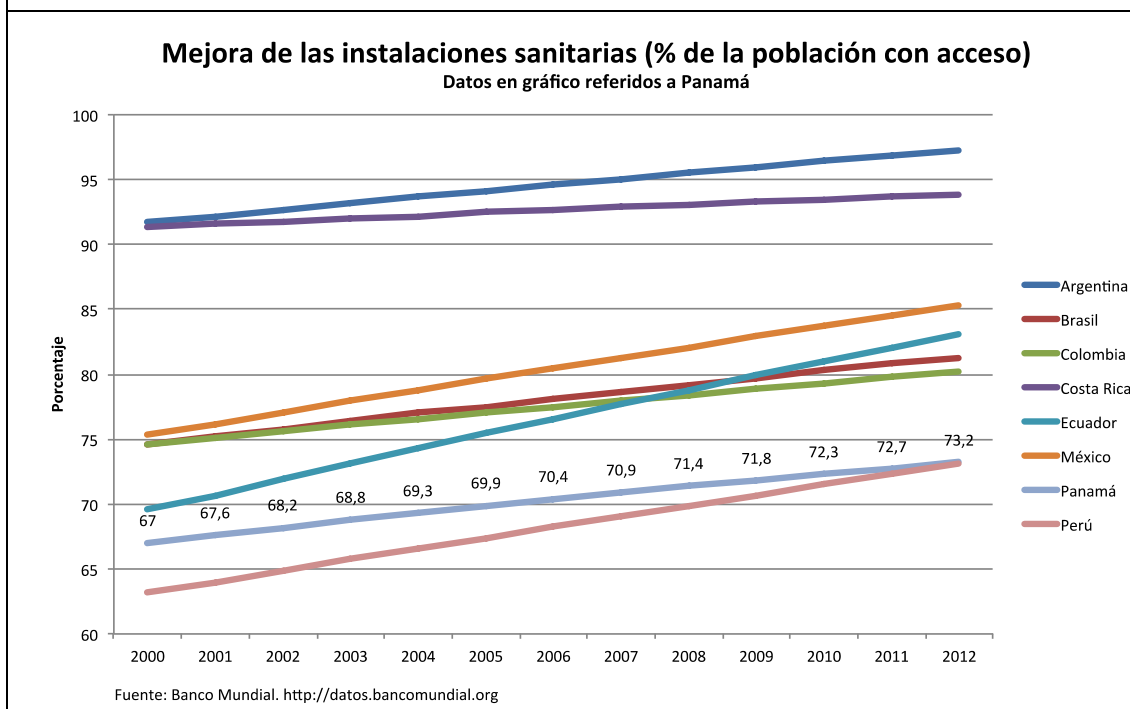
2.- PANAMÁ EN SU ENTORNO. RESULTADOS EN SALUD

El fin de la inversión sanitaria es la mejora de la salud de la población. Evaluar, por tanto, los resultados derivados de la prestación de los servicios sanitarios, es una tarea obligada para valorar la cantidad y la calidad de dicha inversión.

Los indicadores de salud son un reflejo de la medida en la que el esfuerzo inversor ha sido eficaz y se traduce en mejoras respecto a las condiciones de salud de la población y su calidad de vida, a la disponibilidad y accesibilidad de los recursos, a la reducción de las desigualdades y oportunidades, etc...

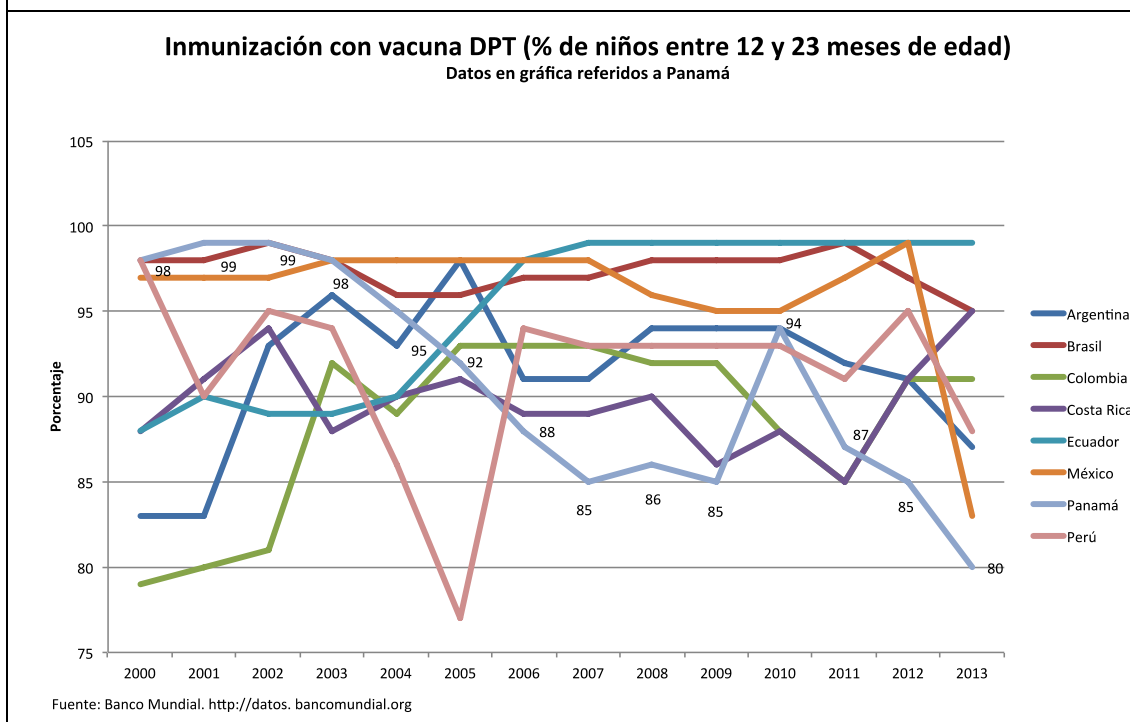
Según los últimos datos disponibles del Banco Mundial (2012), y siendo uno de los principales objetivos de la política del actual gobierno en materia de salud “universalizar el acceso a los programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios para reducir las brechas”, el porcentaje de población con acceso a las instalaciones sanitarias es el más bajo entre los países de comparación por su localización geográfica y grupo de ingresos (gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de población con acceso a instalaciones sanitarias



La incidencia de tuberculosis por cada 100.000 personas en 2012 fue de 48, cifra superior a la de los países de comparación excepto a Perú y Ecuador. La inmunización contra el sarampión entre los 12 y los 23 meses era del 92% y con la vacuna DTP ha empeorado sustancialmente en los últimos años (gráfico 5). La tasa de mortalidad por 1000 de menores de 5 años fue de 17,9 en 2013, superada sólo por Ecuador dentro del grupo de países considerados.

Gráfico 5. Inmunización con vacuna DPT



Los resultados en salud no dejan dudas. A pesar de que los niveles medios han mejorado muchos en los últimos años, existen importantes desigualdades sanitarias tanto respecto a los países del entorno como entre las provincias y comarcas de Panamá. Las inequidades territoriales en resultados de salud son evidentes ya sean en concepto de “desigualdad” (diferencias en salud que son innecesarias, evitables e injustas); y/o de “equidad” (igualdad de oportunidades para disfrutar de todo el potencial de salud).

Cuatro provincias del país (Panamá, Los Santos, Herrera y Chiriquí) tienen una esperanza de vida superior a los países del entorno exceptuando a Costa Rica (gráfico 6 y gráfico 7). La diferencia de esperanza de vida entre los países de ingresos medios altos de la región es de 6 años (Brasil vs Costa Rica) y entre las provincias y comarcas de Panamá llega a los 10 años (Comarca Ngäbe Buglé vs Panamá).

Gráfico 6. Esperanza de vida al nacer

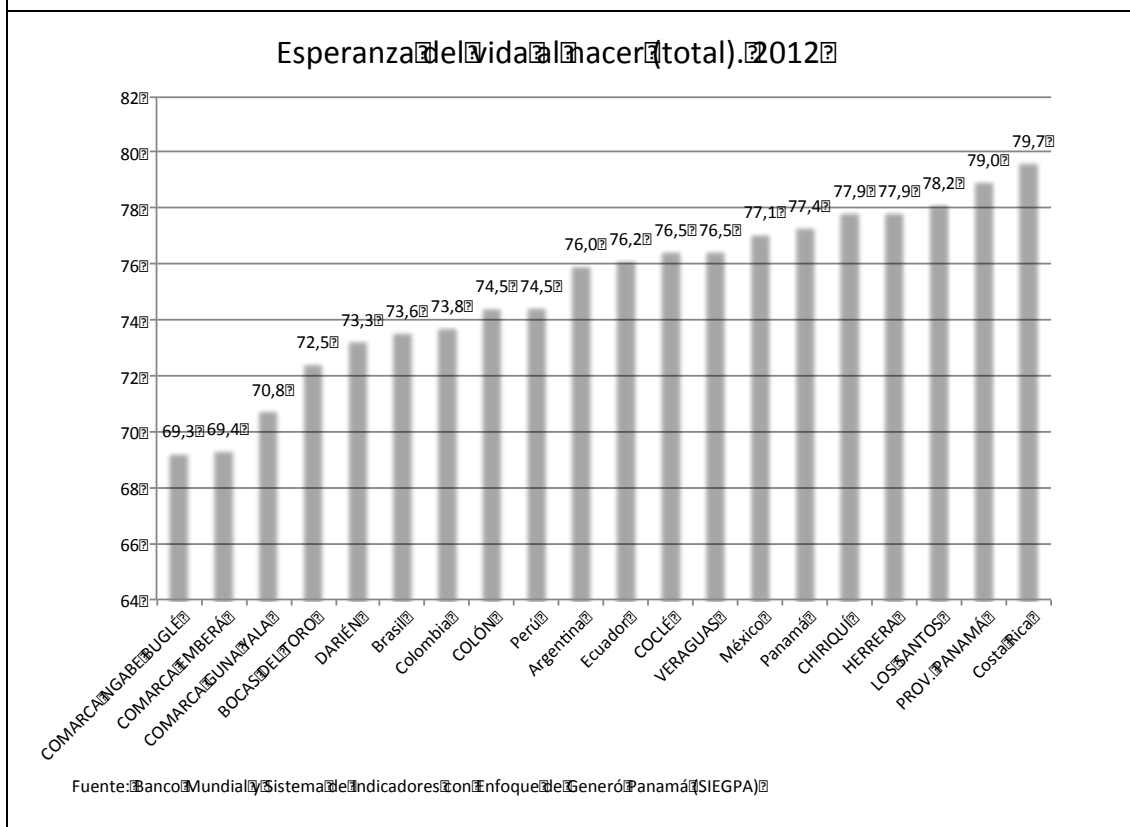
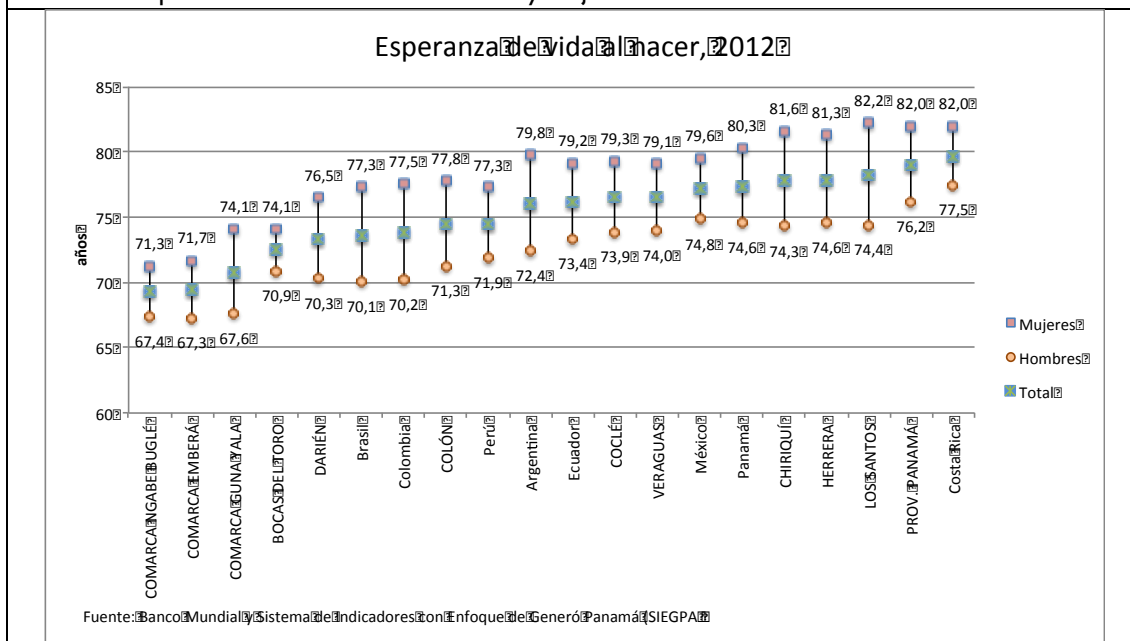
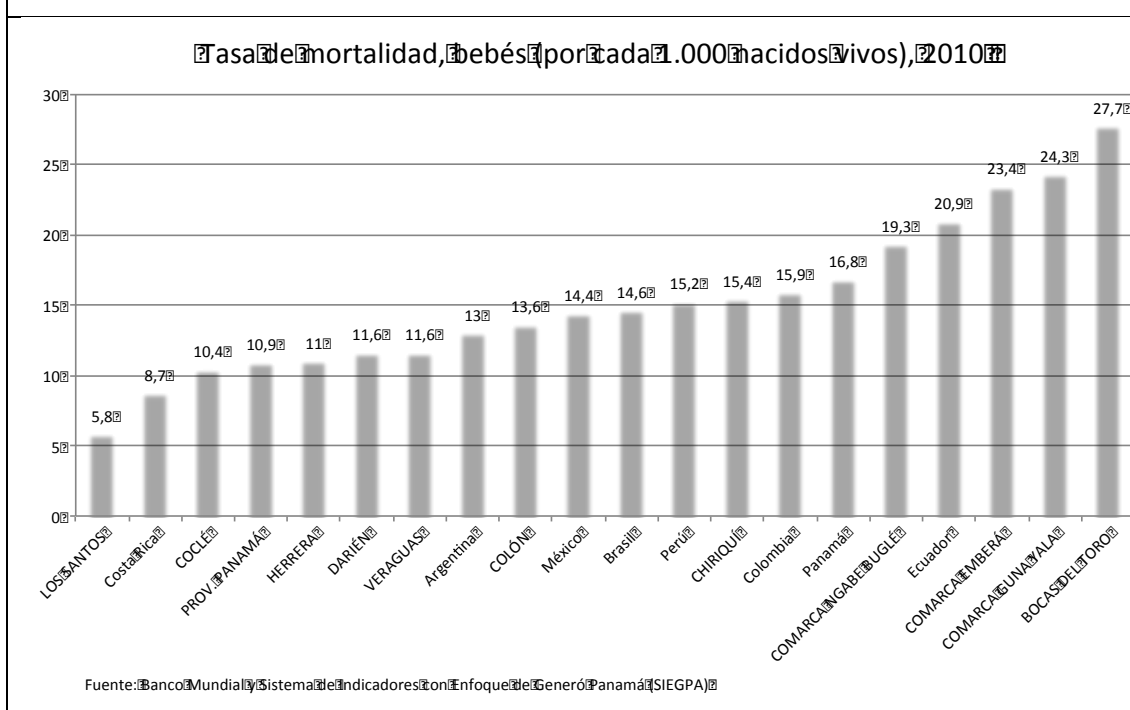


Gráfico 7. Esperanza de vida al nacer hombres y mujeres



Pero si hay un indicador por excelencia sobre el que se han basado los estudios de desigualdades sanitarias es la mortalidad infantil. Refleja la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud y de la atención nutricional, sanitaria y de protección de los niños y se ha relacionado con bajos ingresos, maternidad adolescente y falta de acceso a servicios básicos y de atención sanitaria precisa³. El gráfico 8 representa la TMI en las comarcas y provincias panameñas conjuntamente con los países del entorno. La diferencia en probabilidad de no superar el primer año de vida es de cinco veces entre las comarcas o provincias de Panamá (Los Santos vs Bocas del Toro) y del doble entre los países (Costa Rica vs Ecuador).

Gráfico 8. Tasa de mortalidad infantil



³ Kaempffer MA, Medina E. Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes Chile 1998. Rev Chil Pediatr 71 (2000):405-12.

3. LA DÉCADA 2000. UNA DÉCADA DE PREOCUPACIÓN POR LOS RRHH EN SANIDAD

En la década de los 2000 los problemas relacionados con la escasez, mala distribución, retención, formación, etc... de los recursos humanos para la salud han sido prioritarios en la agenda de la OMS y otros organismos internacionales. Han sido declarados como un elemento imprescindible para la consecución de las metas y objetivos referidos a la salud y a los sistemas sanitarios.

“Para garantizar la existencia en el lugar y el momento adecuados de personal sanitario capacitado, motivado y apoyado es necesario un planteamiento integral, respaldado por un fuerte liderazgo nacional, una buena gobernanza y sistemas de información adecuados. Por ejemplo, las autoridades nacionales pueden centrarse en el aumento rápido de la productividad de los programas de formación teórica y práctica, las medidas para mejorar la contratación, el desempeño y la fidelización de los trabajadores (sobre todo en las zonas rurales y desatendidas) y las acciones para corregir los desequilibrios de la distribución de aptitudes en el marco de la atención primaria de salud”⁴.

En 2005, la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud celebrada en Toronto concluye con la necesidad de

“movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y

⁴ OMS. http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015”⁵.

El Llamado de Toronto hace hincapié en

“la necesidad de realizar esfuerzos a largo plazo, internacionales y concertados para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas”

En base a 3 principios:

- Los recursos humanos son la base del sistema de salud
- Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social
- Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo

Al año siguiente, en 2006, la OMS publica un informe sobre la salud en el mundo con “una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema a lo largo de los próximos diez años, empezando a actuar de inmediato”⁶.

En 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R7, *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*⁷, que tiene por objeto brindar apoyo a la formulación de planes de acción nacionales en materia de recursos humanos para la salud encaminados a fortalecer la atención primaria de salud. Se estableció un conjunto de 20 metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 organizadas en torno a los cinco desafíos principales señalados en el

⁵ OPS/OMS. Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. “Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas”. <http://www.observatoriorh.org/?q=node/321>

⁶ El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud.
<http://www.who.int/whr/2006/es/>

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>

Llamado a la Acción de Toronto. En la actualidad, a través del Observatorio Regional Humanos de Salud de la OMS/OPS, se evalúa la consecución de estas metas que en 2013 ha realizado su segunda medición⁸.

En mayo de 2011, la 64.ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA64⁹ sobre el fortalecimiento del personal de salud, declaró estar “profundamente preocupada porque la escasez y la distribución inadecuada de agentes sanitarios bien capacitados y motivados, así como la ineficiencia con que la fuerza de trabajo se gestiona y utiliza, siguen siendo impedimentos importantes para el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud y constituyen una de las principales situaciones críticas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud”.

Recientemente, el acta de la 134ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB134/55)¹⁰ de 2014 resume los principales logros del tercer *Global Forum on Human Resources for Health* celebrado en Recife, Brasil, donde se evaluaron los planes de las políticas de RRHH en salud, los progresos en relación a los esfuerzos de la última década, su papel en la consecución de los objetivos de desarrollo en materia de salud y el desarrollo de la agenda para después de 2015¹¹. En esta misma acta se hace un llamado a la acción reconociendo el papel de las políticas de RRHH en salud para liderar la cobertura sanitaria universal.

En la 69th World Health Assembly que se celebrará en Mayo 2016¹², está previsto que la *Global Health Workforce Alliance* con los países miembros de la OMS configuren las

⁸ Informes finales de país de la segunda medición de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud – 2013. <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>

⁹ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R6-en.pdf

¹⁰ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_55-sp.pdf

¹¹ OMS. Looking towards 2030 – what is the agenda to make sure the health workforce is the vanguard for universal health coverage? HUMAN RESOURCES FOR HEALTH: Foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda. Junio 2014. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/report3rdgf/en/>

¹² HEALTH WORKFORCE 2030. A global strategy on human resources for health. OMS. Global Health Workforce Alliance.

líneas estratégicas y objetivos de las políticas de RRHH en salud en el próximo periodo 2016-2030.

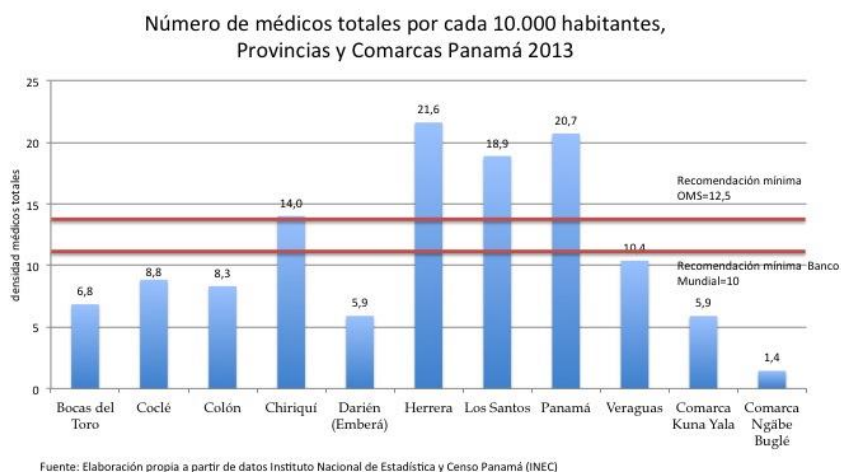
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/strategy_brochure2014/en/#

4.- LOS RRHH DE PRIMER NIVEL EN SANIDAD. PANAMÁ 2013¹³

En 2013, la tasa de médicos (generales más especialistas) por cada 10.000 habitantes en Panamá ascendió a 17,7 superando las recomendaciones del Banco Mundial (10 por cada 10.000 habitantes) y de la OMS (12,5 por cada 10.000 habitantes). Sin embargo, si analizamos este indicador a nivel provincial y comarcal afloran las grandes desigualdades territoriales y las consiguientes inequidades de acceso de la población a los servicios sanitarios. Siete unidades territoriales no alcanzan las tasas mínimas recomendadas por la OMS para alcanzar los objetivos mínimos en salud de 12,5 efectivos por 10 000 habitantes (Bocas del toro, Coclé, Colón, Darién (Emberá), Veraguas, Kuna Yala y Ngäbe Buglé), gráfico 9.

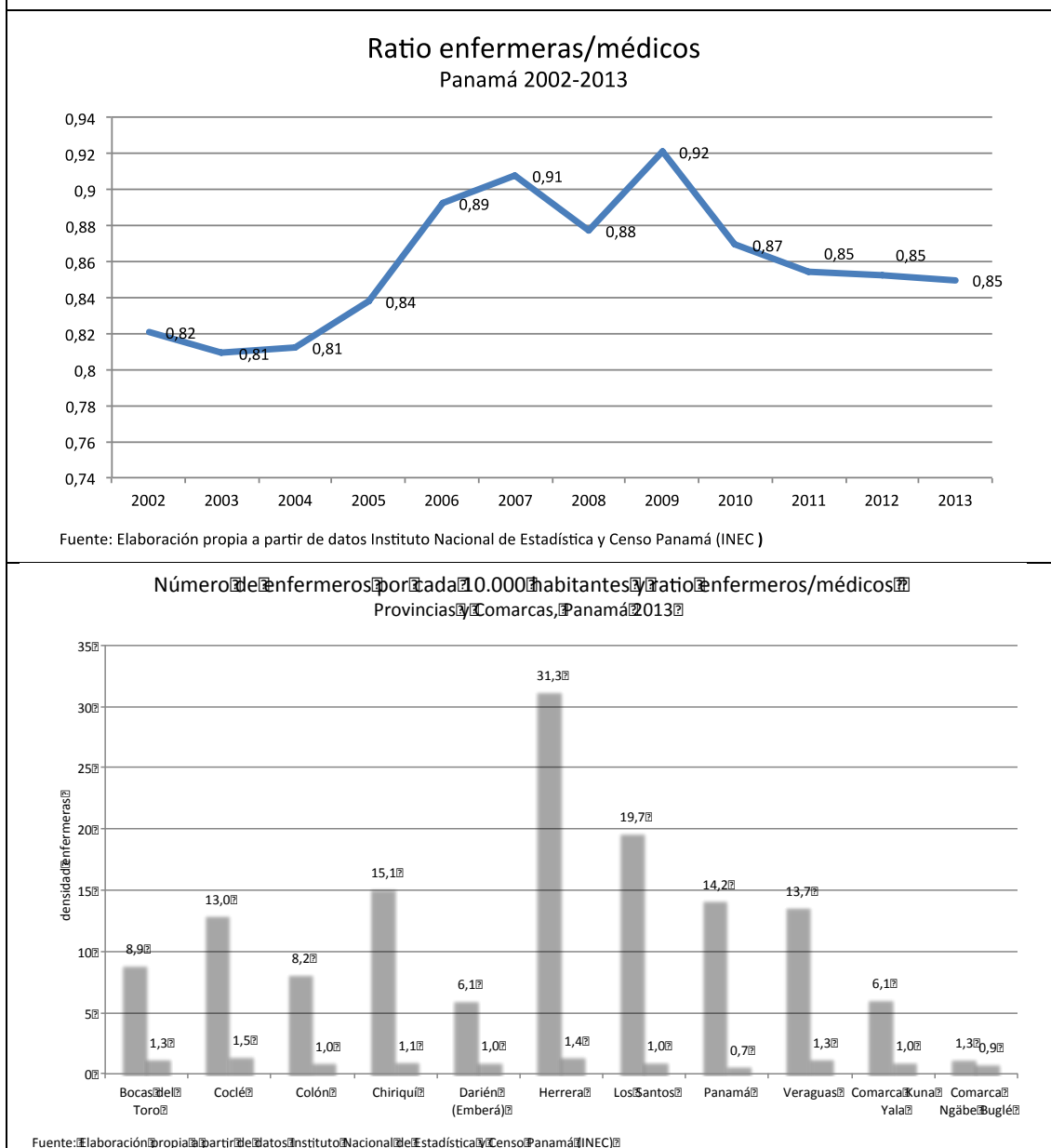
¹³ El contenido de este epígrafe está basado en la ponencia realizada por la Dirección de Planificación e Investigación de RRHH del Ministerio de Salud de Panamá en el Taller de Planificación de RRHH en salud auspiciado por Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social del Ministerio de Sanidad de España dentro del Programa EuroSocial II celebrado en Panamá de 23 al 25 de noviembre de 2014.

Gráfico 9. Densidad de médicos



La densidad de enfermería cualificada en 2013 ascendió a 13,4 por 10 000 habitantes en el país pero ni alcanza la ratio 1:1 (enfermería: médicos) mínima recomendada por la OMS ni ha mejorado en la última década. Sin embargo, a nivel provincial y comarcal, la ratio presenta un razón más adecuada exceptuando en la provincia de Panamá en la que hay un 30% más de médicos que de enfermeras (gráfico 10).

Gráfico 10. Densidad y ratio enfermería/médicos

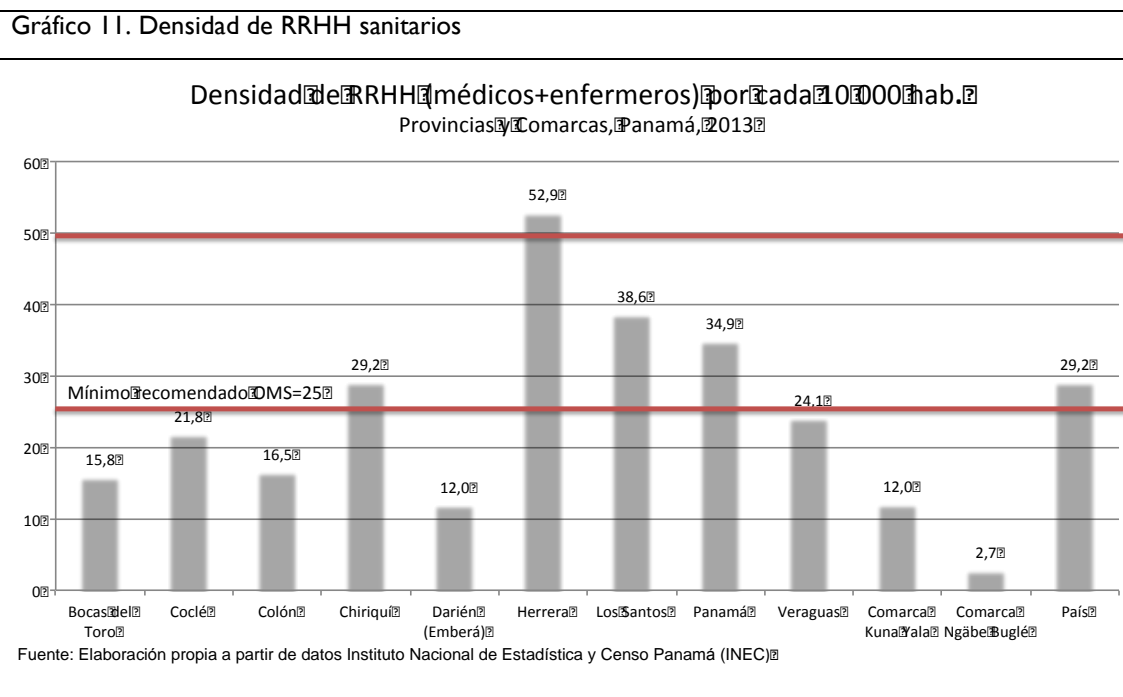


El indicador habitualmente utilizado para analizar la disponibilidad de RRHH es la “Densidad de Recursos Humanos en Salud” que se obtiene como la suma de dos indicadores: médicos y enfermeros cualificados por 10 000 habitantes (por facilitar la homogeneidad en la comparación entre países se excluyen otro tipo de trabajadores sanitarios).

A partir de este indicador se clasifican los recursos de una región en tres categorías:

- 1) aquellas con una tasa de mayor a 50 por 10.000 habitantes.
- 2) aquellos con una tasa de 25 a 50 por 10 000 habitantes.
- 3) los que tienen una tasa menor a 25 por 10 000 habitantes.

La propia OMS indica que como mínimo se requiere una densidad de 25 RRHH por 10 000 habitantes para asegurar un nivel mínimo de cobertura.



La densidad de RRHH en 2013 en el país ascendió a 29,2 trabajadores por cada 10 000 habitantes, pero de nuevo se manifiesta claramente la desigual distribución geográfica de los agentes de salud. Siete de las once provincias y comarcas no alcanzan el mínimo de cobertura recomendado por la OMS/OPS.

Las diferencias demográficas relativas a las densidades, así como las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, no parecen haberse mitigado en los últimos años, un gran reto que debe afrontar el país en los próximos planes estratégicos de los recursos humanos en el sector salud que se plantearán por la OMS para el periodo 2016-2030.

5.- MODELO DE PLANIFICACIÓN DE DENSIDAD DE RRHH DE ALTO NIVEL EN EL SECTOR SANITARIO EN PANAMÁ 2014-2025

Al abrigo de la preocupación existente en muchos países y organismos internacionales por los desequilibrios en los mercados laborales en el sector sanitario se han elaborado modelos de proyección de demanda y/o necesidad que intentan estimar las brechas o desajustes de la fuerza laboral disponible a los largo de un cierto horizonte temporal.

Las metodologías utilizadas, basadas en algún método cuantitativo, simulan el comportamiento del mercado a medio y/o largo plazo bajo ciertas hipótesis de evolución temporal de las variables que afectan tanto a la demanda o necesidad como a la oferta de los diferentes tipos de profesionales sanitarios.

Recientemente, en 2013, Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013)¹⁴ han llevado a cabo una revisión de los modelo de planificación de profesionales sanitarios que se ha elaborado en 18 países de la OCDE estructurando sus características y analizando sus similitudes y diferencias.

Para la estimación de las necesidades de Recursos Humanos de alto nivel en el sector sanitario, Panamá 2014-2025, se ha desarrollado un modelo de Simulación

¹⁴ “Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries”, OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>

basado en la Dinámica de Sistemas¹⁵, una de las técnicas de predicción y simulación más utilizadas en el ámbito de las Ciencias Sociales. El modelo pretende ser una herramienta de ayuda a la toma de decisiones en materia de formación, distribución, organización y gestión de los RRHH en salud desde el Departamento de Planificación e Investigación de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Panamá.

La Dinámica de Sistemas comienza con la descripción y definición del sistema cuya evolución temporal quiere conocerse, identificando las variables de interés y las relaciones que ligán entre sí a estas variables. Esta conceptualización del sistema real se representa inicialmente en lo que se conoce como diagrama causal (relaciones causales mediante bucles). Posteriormente, se formula el modelo en el llamado Diagrama de Forrester, y se definen y cuantifican las ecuaciones que relacionan las variables. En el Diagrama de Forrester, cada elemento del sistema, dependiendo de sus características (dinamicidad, exogeneidad, dependencia, etc....) tiene su correspondiente símbolo propio de esta metodología¹⁶.

La simulación de un sistema mediante Dinámica de Sistemas no obtiene soluciones óptimas sino que permite obtener trayectorias para las variables del modelo que por tanto no deben interpretarse como predicciones, sino como proyecciones o tendencias. El objeto de los modelos de Dinámica de Sistemas es llegar a comprender cómo la estructura del sistema es responsable de su comportamiento.

Otra característica de gran valor de esta metodología es su capacidad para definir escenarios sobre aquellas variables definidas como instrumentos por los agentes decisores. ¿Qué ocurriría si...?. Esto permite estimar, a priori, las consecuencias

¹⁵ Patricia Barber and Beatriz González López-Valcárcel. Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. Human Resources for Health 2010, 8:24. doi:10.1186/1478-4491-8-24

¹⁶ Coyle RG: *System dynamics modelling: a practical approach*. New York: Chapman & Hall; 1996

previsibles provocadas por cambios en las variables de interés para los agentes decisores.

MODELO DE PLANIFICACIÓN DE DENSIDAD DE RRHH DE ALTO NIVEL EN EL SECTOR SANITARIO EN PANAMÁ 2014-2025

Objetivo: Estimar las necesidades de RRHH sanitarios de alto nivel.

Unidad de observación: Provincias y Comarcas de Panamá

Horizonte temporal: 2014-2025

Escenarios: Se simulan dos escenarios relacionados con la demanda. El primero (ESCENARIO 1) proyecta la demanda según evolución de la población por provincias y comarcas indígenas según el Instituto Nacional de Estadística y Censo¹⁷. En el segundo escenario (ESCENARIO 2) ajustamos las cifras de población oficial según la utilización media de recursos sanitarios por tramos de edad y sexo. La oferta de RRHH se ajusta según modelo de regresión simple individualizados para cada provincia y comarca.

Provincias y comarcas indígenas Panamá	
Bocas del Toro	01
Coclé	02
Colón	03
Chiriquí	04
Darién (Comarca Emberá)	05
Herrera	06

¹⁷ Boletín 14. Estimaciones y Proyecciones de la Población de la República, por Provincia y Comarca Indígena, según sexo y edad: Estimaciones y proyecciones de la población total, provincia y comarca indígena, según sexo y edad. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá (INEC).

Los Santos	07
Panamá	08
Veraguas	09
Comarca Kuna Yala	10
Comarca Ngäbe Buglé	11

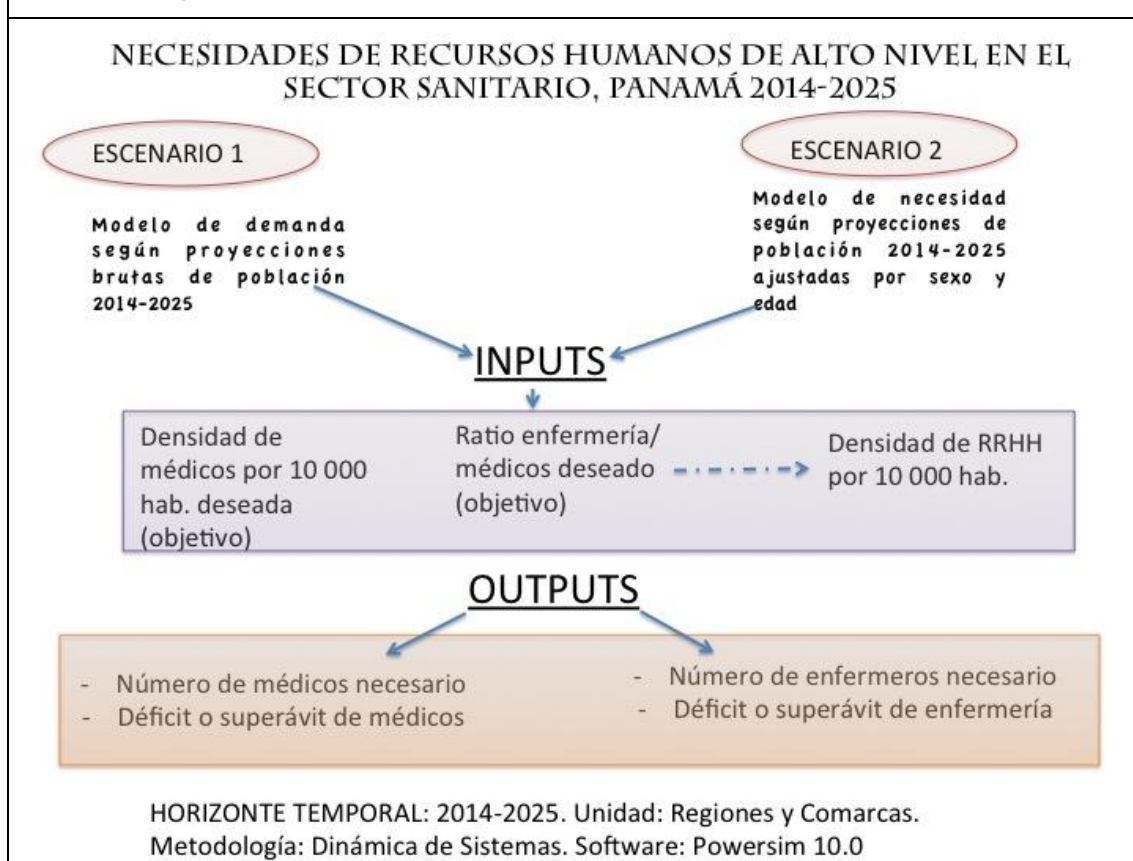
Inputs: Indicadores objetivo de planificación: “Ratio médicos por 10 000 hab.” ;
“Ratio enfermería/médico” (modelo base se ejecuta según recomendaciones OMS,
15 médicos totales por 10 000 habitantes y una ratio 1:1)

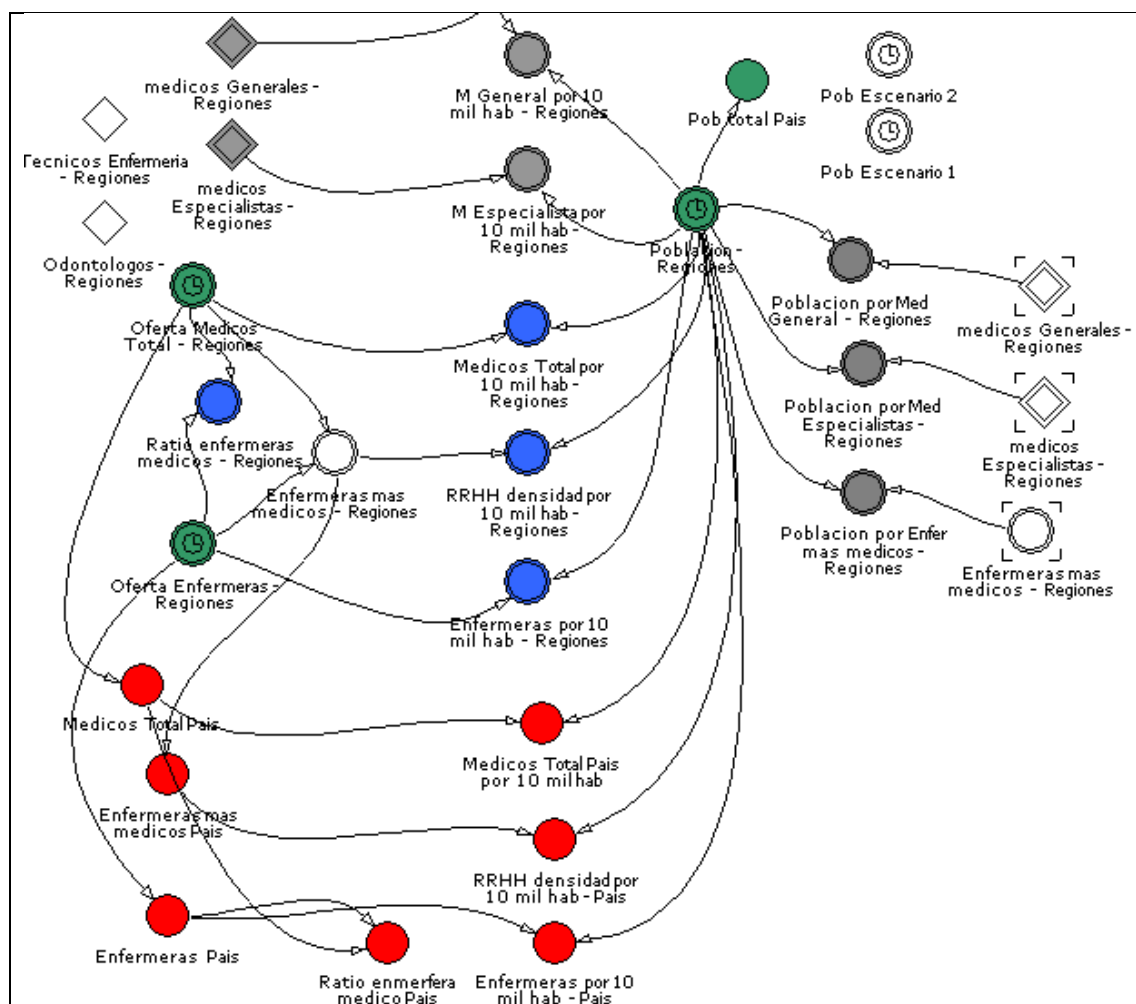
Outputs: Número de médicos y enfermeras necesarios por Provincia y Comarca
2014-2025 para alcanzar el estándar de planificación indicado como inputs.

Software: Powersim10.0¹⁸, software específico para la aplicación de Dinámica de
Sistemas.

¹⁸ Powersim Software. <http://www.powersim.com/>

Gráfico 12. Esquema modelo Simulación Powersim 10.0





La tabla 2 muestra la tendencia de los indicadores de oferta de RRHH para el total del país. La ratio número de médicos por cada 10 000 habitantes crecería en torno a 1,1 puntos hasta 2025, situándose en ese año en 17,3 médicos totales por 10 000 habitantes. Los RRHH en enfermería crecen a un ritmo mayor, 2,1 puntos hasta 2025 llegando a 15,5 por cada 10 000 hab.. Aun con este mayor crecimiento de los RRHH en enfermería, la escasez de este recurso respecto a los médicos se mantiene. La ratio, al ritmo estimado, no alcanzaría la mínima de 1:1 (enfermeros:médicos) recomendada por los organismos internacionales, situándose en torno a 0,9 de seguir las tendencias actuales.

Tabla 2. Proyecciones oferta de RRHH

Año	Médicos Totales	Enfermeras Totales	Enfermeros mas Médicos totales	Médicos total por 10000 hab.	Enfermeras por 10 000 hab.	Densidad RRHH por 10 000 hab.	Ratio Enfermero/ Médico
2.010	5121	4453	9574	14,0	12,2	26,1	0,87
2.011	5551	4744	10295	14,9	12,7	27,6	0,85
2.012	6025	5138	11163	15,9	13,6	29,5	0,85
2.013	6068	5158	11226	15,8	13,4	29,2	0,85
2.014	6100	5263	11363	15,6	13,4	29,0	0,86
2.015	6159	5428	11587	15,5	13,7	29,1	0,88
2.016	6331	5593	11924	15,7	13,9	29,5	0,88
2.017	6502	5759	12261	15,9	14,1	29,9	0,89
2.018	6674	5924	12598	16,0	14,2	30,3	0,89
2.019	6846	6089	12935	16,2	14,4	30,7	0,89
2.020	7018	6254	13272	16,4	14,6	31,0	0,89
2.021	7190	6419	13609	16,6	14,8	31,4	0,89
2.022	7362	6584	13946	16,7	15,0	31,7	0,89
2.023	7534	6749	14283	16,9	15,2	32,1	0,90
2.024	7706	6914	14620	17,1	15,3	32,4	0,90
2.025	7877	7080	14957	17,3	15,5	32,8	0,90

Fuente: Hasta 2013: Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá (INEC)

ESCENARIO I: Necesidades de RRHH alto nivel para una ratio de 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales para las Provincias y Comarcas Panamá 2014-2025.

Las cifras globales refugian grandes desequilibrios geográficos. Las inequidades se reflejan en los indicadores de salud y lógicamente en la distribución de los recursos de la salud. En todos los países existen serias dificultades para vincular y retener el personal sanitario en zonas rurales y alejadas de los grandes centros urbanos que se acentúan cuanto más cualificado es el personal requerido. Aún están por resolver mecanismos para gestionar este problema que se agrava en un sector como el sanitario.

Los cuadros siguientes estiman las necesidades de médicos y enfermería para mantener o alcanzar, en su caso, la ratio de 15 médicos por 10 000 hab. y una relación entre médicos totales y enfermería de 1:1. Ambos ratios derivan en una densidad de RRHH de 30 por cada 10 000 hab.

Panamá, Los Santos y Herrera muestran densidades por encima del número mínimo de profesionales recomendado, si bien, la provincia de Panamá difiere frente a las otras dos en un perfil de escasez de recursos de enfermería cualificados.

El resto de zonas geográficas muestra una importante necesidad de RRHH (en menor medida Chiriquí y Veraguas) especialmente las comarcas indígenas. Esto implica que un 25% de la población del país (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Darién, Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé) tiene una alta necesidad de RRHH médicos, porcentaje que se eleva al 31% si se incluye Chiriquí y Veraguas. Respecto a enfermería, un 76% de la población del país está afectada por un requerimiento intermedio y un 19% de alto requerimiento (gráfico 14). Dados los planes estratégicos de los recursos humanos en el sector salud que se plantearán por la OMS para el periodo 2016-2030, de reducción de desequilibrios regionales para alcanzar metas mínimas de salud, se manifiesta la necesidad de una actuación decidida en el ámbito político, económico y sanitario con acciones prioritarias en salud.

Gráfico 13. Requerimientos de RRHH médicos totales

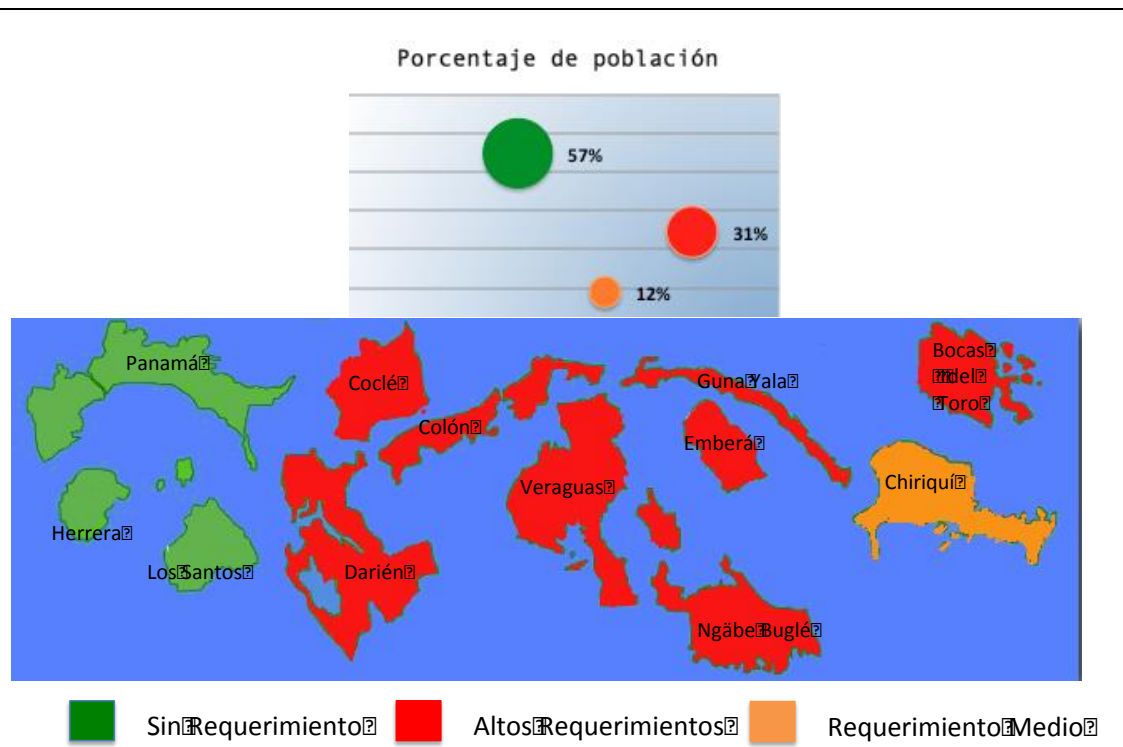
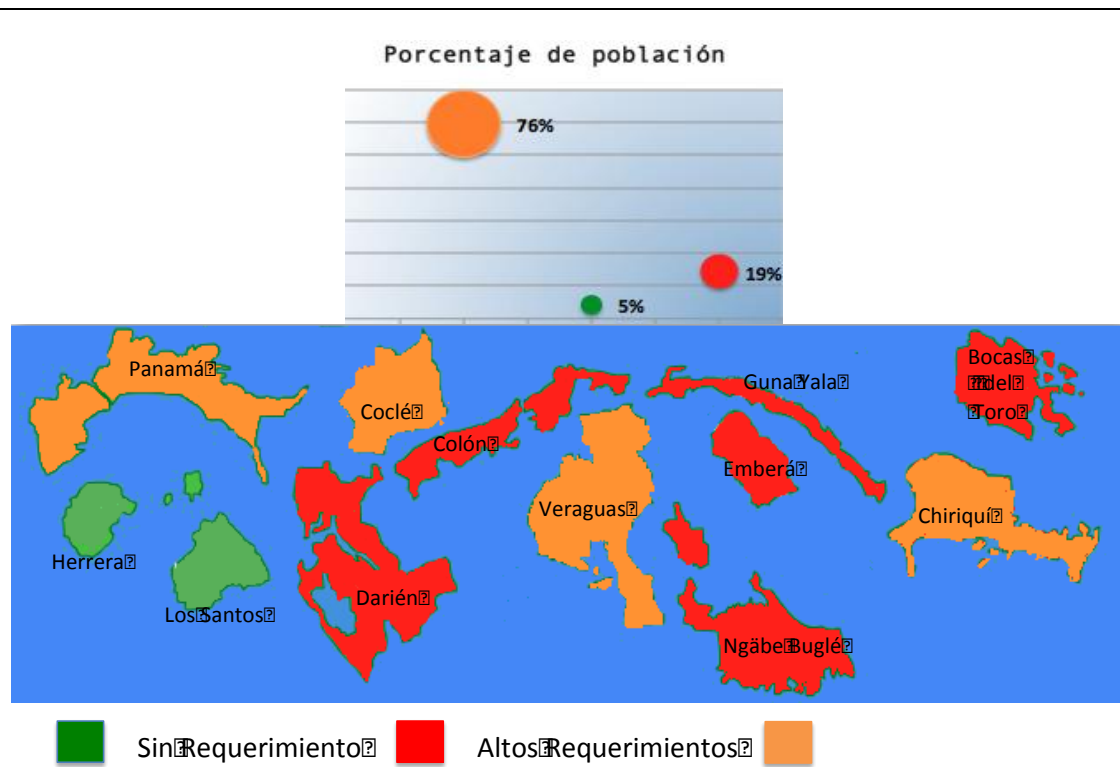


Gráfico 14. Requerimientos de RRHH enfermería



Las perspectivas a 2025 se resumen en la siguiente tabla (tabla 3). Veraguas, Coclé y Chiriquí muestran una tendencia positiva hacia la consecución de los ratios mínimos establecidos con proyecciones ascendentes. También la situación de enfermería en la provincia de Panamá muestra una tendencia positiva. Bocas del Toro, Colón, Darién, Guna Yala y Ngäbe Bugle requerirán políticas activas de localización, formación y retención de personal sanitario de alto nivel sanitario.

RESUMEN: Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales		Enfermería	
	Situación Actual	Proyección	Situación Actual	Proyección
Bocas del Toro	-	-	-	-
Coclé	-	+	-	+
Colón	-	-	-	-
Chiriquí	-	+	+	+
Darién (Emberá)	-	-	-	-
Herrera	+	+	+	+
Los Santos	+	+	+	+
Panamá	+	+	-	+
Veraguas	-	+	-	+
Guna Yala	-	-	-	-
Ngäbe Bugle	-	-	-	-
Situación Actual: - Déficit + Superávit				
Proyección: - Empeoramiento + Mejoría				

Bocas del toro
Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta enfermería	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	102	228	-126	135	-93
2015	103	235	-132	138	-97
2016	103	241	-138	141	-101
2017	104	248	-144	144	-105
2018	105	255	-151	146	-109

2019	106	263	-157	149	-113
2020	106	270	-164	152	-118
2021	107	277	-170	155	-122
2022	108	285	-177	158	-127
2023	109	292	-184	161	-132
2024	109	300	-191	164	-136
2025	110	308	-198	166	-141

Coclé

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta enfermería	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	247	382	-135	324	-58
2015	254	385	-132	337	-48
2016	261	389	-128	351	-38
2017	268	392	-124	364	-28
2018	274	395	-120	378	-17
2019	281	398	-116	392	-6
2020	288	400	-112	405	5
2021	295	403	-108	419	16
2022	302	406	-104	432	27
2023	309	408	-99	446	38
2024	316	412	-97	460	48
2025	322	416	-94	473	57

Colón

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta enfermería	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	223	409	-186	215	-193
2015	223	415	-192	217	-199
2016	225	422	-196	218	-204
2017	228	428	-200	219	-209
2018	231	435	-204	220	-214
2019	233	441	-208	221	-220
2020	236	448	-212	223	-225
2021	238	454	-216	224	-230
2022	241	460	-219	225	-235
2023	243	466	-223	226	-240
2024	246	473	-227	227	-246
2025	249	480	-232	229	-252

Chiriquí

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta enfermería	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	618	672	-54	706	33
2015	621	677	-56	733	56
2016	635	681	-47	760	79
2017	648	685	-37	787	102
2018	662	689	-27	814	125
2019	676	693	-17	841	148
2020	689	697	-8	869	172
2021	703	700	3	896	195
2022	717	703	13	923	219
2023	730	706	24	950	244
2024	744	715	29	977	262
2025	758	724	34	1004	280

Darién (Emberá)

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta enfermería	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	36	98	-62	35	-63
2015	36	99	-63	35	-64
2016	36	101	-64	35	-65
2017	37	102	-65	35	-67
2018	37	103	-66	36	-68
2019	38	105	-67	36	-69
2020	38	106	-68	36	-70
2021	38	108	-69	36	-72
2022	39	109	-70	36	-73
2023	39	110	-71	36	-74
2024	40	112	-73	36	-76
2025	40	114	-74	36	-78

Herrera

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	251	177	74	324	147
2015	252	177	75	339	162
2016	261	178	83	354	176
2017	270	178	92	369	191
2018	278	178	100	384	206
2019	287	178	109	399	221
2020	296	178	117	415	236
2021	304	179	126	430	251
2022	313	179	134	445	266
2023	322	179	143	460	281
2024	330	179	151	475	296
2025	339	180	159	490	310

Los Santos

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	188	142	46	206	63
2015	195	143	53	214	72
2016	202	143	59	223	80
2017	209	143	66	231	88
2018	216	143	73	240	97
2019	223	143	80	249	105
2020	230	143	87	257	114
2021	237	143	94	266	122
2022	244	143	101	274	131
2023	251	143	108	283	139
2024	258	143	115	291	148
2025	265	144	121	300	156

Panamá

Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	4122	3045	1077	2972	-73
2015	4160	3105	1055	3055	-50
2016	4282	3164	1118	3137	-26
2017	4404	3222	1181	3220	-2
2018	4526	3280	1245	3303	23
2019	4647	3337	1310	3386	48
2020	4769	3394	1375	3468	74
2021	4891	3450	1441	3551	101
2022	5013	3506	1507	3634	128
2023	5135	3561	1574	3717	156
2024	5257	3600	1657	3799	200
2025	5379	3638	1741	3882	244

Veraguas
Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	254	365	-111	303	-63
2015	256	367	-110	315	-51
2016	263	368	-105	328	-40
2017	270	369	-99	341	-29
2018	277	370	-93	353	-17
2019	284	371	-88	366	-5
2020	291	372	-82	379	6
2021	297	373	-76	392	18
2022	304	374	-70	404	30
2023	311	375	-64	417	42
2024	318	379	-61	430	51
2025	325	383	-58	442	59

Kuna Yala
Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/ Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	26	62	-36	22	-40
2015	27	64	-37	22	-42
2016	28	65	-37	22	-43
2017	29	66	-38	22	-45
2018	30	68	-38	21	-46
2019	31	69	-38	21	-48
2020	32	71	-39	21	-50
2021	33	73	-39	21	-52
2022	34	74	-40	20	-54
2023	36	76	-41	20	-56
2024	37	78	-41	20	-58
2025	38	80	-42	20	-60

Ngöbe Buglé
 Necesidades de RRHH alto nivel según ratio 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales 2014-2025.

	Médicos Totales			Enfermería	
	Oferta	Necesidad para ratio 15 por 10 000 hab.	Déficit/Superávit	Oferta	Déficit/Superávit para ratio 1:1
2014	30	289	-259	22	-267
2015	32	297	-265	23	-274
2016	34	305	-270	25	-280
2017	37	313	-276	26	-287
2018	39	321	-282	27	-294
2019	41	329	-288	28	-300
2020	43	337	-294	30	-307
2021	45	346	-301	31	-315
2022	47	354	-307	32	-322
2023	49	363	-314	34	-329
2024	51	372	-321	35	-337
2025	53	382	-328	36	-345

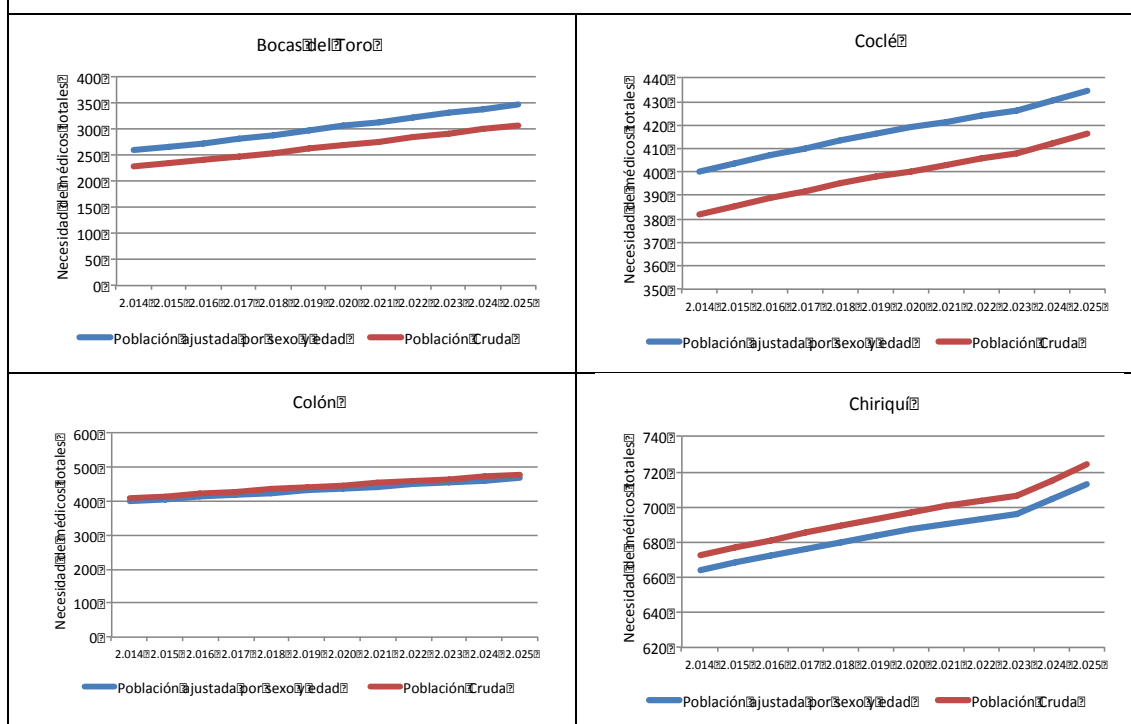
ESCENARIO 2: Necesidades de RRHH alto nivel para una ratio de 15 médicos por 10 000 hab., y 1:1 enfermería/médicos con proyecciones de población oficiales ajustadas por estándares de frecuentación de servicios sanitarios por sexo y edad para las Provincias y Comarcas Panamá 2014-2025.

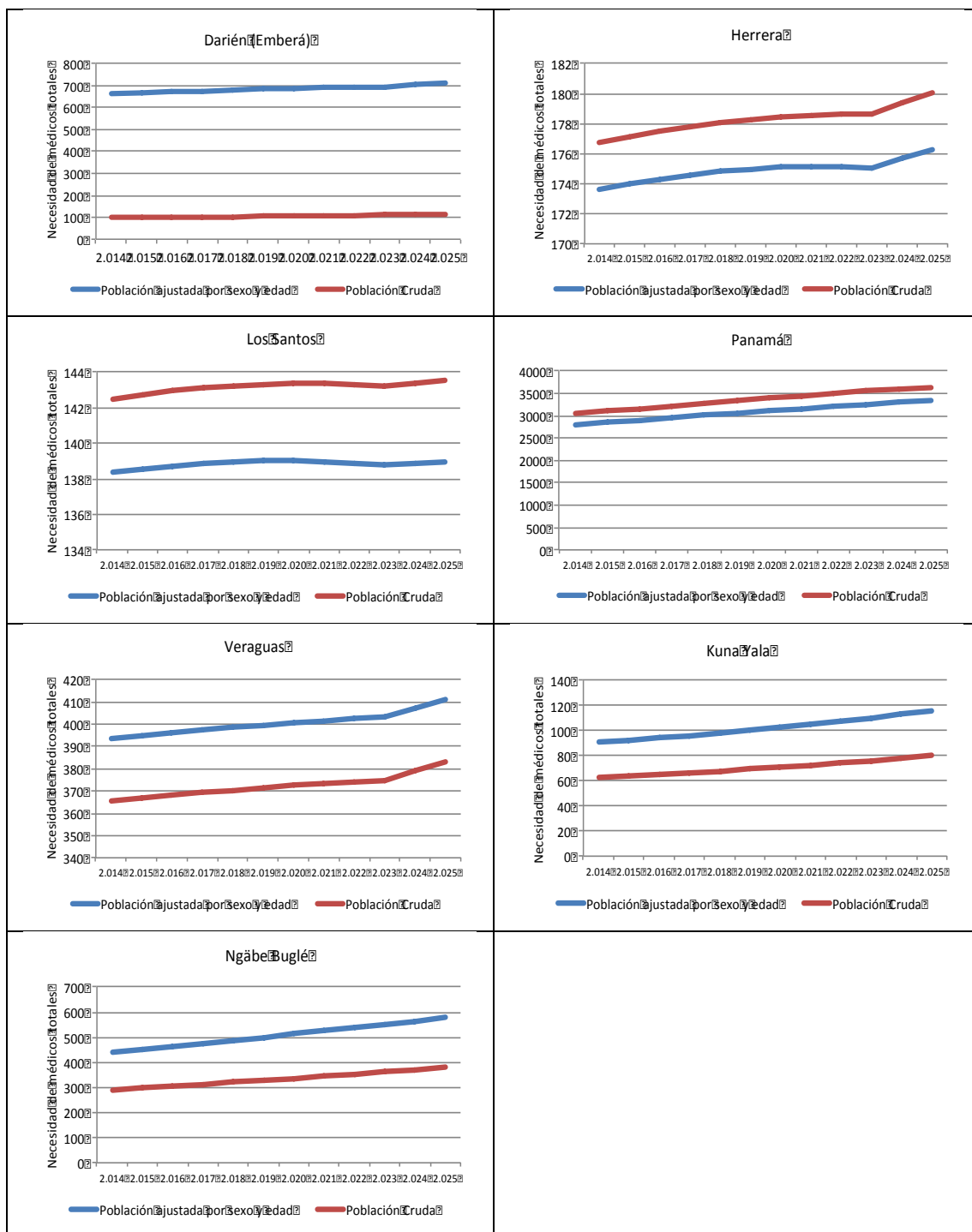
El ajuste poblacional según la estructura por sexo y edad comporta un incremento en términos relativos de los colectivos del grupo de personas menores y mayores de edad. Las diferencias por provincias en los perfiles demográficos en cuanto a porcentajes de menores, jóvenes y adultos, en las tasas de natalidad y mortalidad o

en la esperanza de vida permiten perfilar las necesidades de recursos sanitarios.

En el gráfico 16 se muestran las diferencias en necesidad de RRHH médicos entre los dos escenarios simulados (población cruda vs población ajustada). En las provincias de Bocas del Toro, Coclé, Darién (Emberá), Veraguas, Kuna Yala y Ngäbe Buglé dada su estructura poblacional ajustada, las necesidades estimadas de RRHH médicos son sistemáticamente mayores llegando a multiplicarse por 6 en Darién (Emberá) entre un escenario y el otro. Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá tendrían una necesidad relativa menor en el segundo escenario.

Gráfico 16. Diferencias de necesidad de médicos totales estimadas. Población cruda vs población ajustada por utilización de recursos por sexo y edad. 2014-2025





6.- SÍNTESIS, CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

1.- Este informe de necesidades de RRHH de alto nivel para Panamá 2014-2025 es el inicio de una línea de trabajo sobre estudio prospectivo de la oferta y necesidad de RRHH en el sector sanitario en el país y debe considerarse como un instrumento más para la planificación de dotación de RRHH sanitarios.

2.- El reto de ajustar dinámicamente la oferta y demanda de RRHH para la salud implica tomar decisiones correctas en el momento adecuado sobre la formación, idoneidad, competencias, retención, retiro y/o jubilación de los profesionales en ejercicio y sobre políticas de inmigración; asegurar una composición razonable entre profesionales y especialidades; buscar una distribución geográfica equilibrada y tomar decisiones sobre las condiciones de trabajo y sobre los métodos de remuneración.

3.- Aunque Panamá ha liderado el crecimiento económico de Sur y Centroamérica en la última década, los indicadores de salud no han seguido un sendero paralelo, en algunos casos, incluso, mantiene los peores indicadores sanitarios de la zona.

4.- En 2013, la tasa de médicos totales por cada 10 000 habitantes en Panamá ascendió a 17,7. La densidad de enfermería cualificada en ese mismo año fue de 13,4 por 10 000 habitantes. Ni se alcanzó la ratio 1:1 (enfermería:médicos) mínima recomendada por la OMS ni se ha mejorado en la última década. La ratio es especialmente desfavorable en la provincia de Panamá

5.- Aunque los indicadores globales para el país muestran unas dotaciones superiores a las recomendadas por los organismos internacionales, este equilibrio está compuesto de sumas de desequilibrios compensados entre regiones. Afloran grandes desigualdades e inequidades geográficas. Siete unidades territoriales no alcanzan las tasas mínimas de dotación de RRHH sanitarios de alto nivel recomendadas por la

OMS para alcanzar los objetivos mínimos en salud (Bocas del toro, Coclé, Colón, Darién (Emberá), Veraguas, Kuna Yala y Ngäbe Buglé),

6.- La simulación mediante Dinámica de Sistemas ofrece como principal ventaja saber “que ocurriría si” proyectamos hacia un futuro incierto diferentes escenarios. Concretamente, el modelo elaborado ejecuta las trayectorias futuras de necesidad de RRHH para cumplir los requerimientos mínimos recomendados por la OMS desde dos escenarios. Con proyecciones de población brutas y con proyecciones de población ajustadas según la utilización de recursos sanitarios por sexo y edad.

7.- Un 31% y 19% de la población del país está ante una muy alta necesidad de RRHH médicos y enfermeros respectivamente. La tendencia a 2025 muestra que Veraguas, Coclé y Chiriquí tienen proyecciones positivas hacia la consecución de los ratios establecidos como mínimos. También la situación de enfermería en la provincia de Panamá muestra una tendencia positiva. Bocas del Toro, Colón, Darién, Guna Yala y Ngäbe Bugle requerirán políticas activas de localización, formación y retención de personal sanitario de alto nivel sanitario.

8.- Es preciso promover un observatorio de RRHH para la salud que permita la generación y seguimiento de información sobre la dotación de la fuerza laboral así como la elaboración de un plan estratégico para afrontar los grandes retos 2016-2025 que en materia de RRHH se avecinan.

9.- La oferta, organización y la red de prestaciones del sistema de salud son los que determinan las necesidades de RRHH. Por tanto, los estudios sobre oferta y demanda deben estar ligados a la estructura organizativa y de gestión de los servicios básicos y especializados que se definan en el país.

10.- La línea de trabajo futura es determinar las necesidades de “equipos básicos de salud” en función de la estructura de prestaciones de servicios y de los diferentes ámbitos geográficos.