

Recomendaciones para la generación de cupos de residencias médicas en Uruguay

DEMPESA - MSP

2026-06-16

1. Introducción

La planificación de la formación de especialidades médicas es un asunto clave en la construcción de un adecuado sistema de salud. De su desarrollo dependen en gran medida la dotación y distribución territorial de los distintos profesionales médicos, con el consecuente impacto en la calidad de los servicios de salud prestados a la población. En ese sentido, el presente documento recoge información de interés para el mejor diseño y planificación de las residencias médicas en todo el territorio nacional.

Tomando en cuenta esta dimensión territorial, así como el sector de atención público/privado, se presentan algunos datos básicos sobre la composición actual de las y los residentes de medicina. Cabe aclarar que no se considera aquí la información referida a posgrados, que si bien representan una parte importante de la formación de especialidades (y por tanto impacta directamente en las dotaciones de personal), la definición de su oferta no se encuentra regulada por el Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas (CAHSNRM) y por tanto excede los alcances del presente informe.

El objetivo general del informe es generar insumos técnicos para la formulación de recomendaciones sobre la asignación de cupos de residencia médica en Uruguay, de acuerdo con lo establecido en el artículo 20¹ de la Ley N°19.301. Para ello, se desarrollan y analizan una serie de indicadores orientados a identificar necesidades formativas, considerando tanto la distribución territorial de los recursos humanos en salud como la proyección de oferta de profesionales.

La metodología adoptada se fundamenta en un enfoque de toma de decisiones basada en datos, integrando evidencia cuantitativa proveniente de distintas fuentes de información con elementos de carácter cualitativo vinculados a las particularidades de cada especialidad y del funcionamiento del sistema de salud. Este enfoque permite complementar los resultados obtenidos a partir de los indicadores con el conocimiento experto y el análisis contextual, reconociendo que la planificación de recursos humanos en salud requiere considerar tanto la evidencia empírica como las características organizacionales y asistenciales que influyen en la demanda de especialistas.

De esta forma, el informe busca contribuir a una planificación más eficiente y equitativa de la formación médica especializada, proporcionando información objetiva y sistemática que sirva de apoyo para la definición de políticas y la asignación de cupos de residencia acordes a las necesidades formativas presentes y futuras del país.

En particular, se busca construir un índice sintético que integre los distintos indicadores desarrollados en este informe, combinando dimensiones vinculadas a las brechas relativas regionales de especialistas, su distribución territorial y sectorial, y las proyecciones futuras de disponibilidad de recursos humanos. Este indicador, que denominaremos Índice de Prioridad para la Planificación de Especialistas (IPPE), constituye una herramienta

¹Art. 20: El número de cargos de Médicos Residentes será fijado por el Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas a propuesta no vinculante del Área de Rectoría a cargo de la División Recursos Humanos de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud del Ministerio de Salud Pública.

orientada a jerarquizar las especialidades según la magnitud relativa de las necesidades identificadas. A partir de los resultados obtenidos mediante este índice, complementados con información cualitativa y criterios técnicos específicos de cada especialidad, se elaborará una propuesta de recomendaciones para la asignación de cupos de residencia médica correspondiente al año 2027.

Para su elaboración se tomaron diferentes fuentes de información, en su mayoría del año 2025. En lo que refiere al cálculo de dotaciones actuales, se consideró el promedio para los meses de noviembre 2024, febrero, mayo y agosto de 2025 de los datos reportados en el SIPS, considerando tanto a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Los datos del SIPS, complementados con las estadísticas de egresos de la formación obtenidas de los anuarios estadísticos del MEC y datos de estadísticas vitales, son utilizados para la estimación de un modelo de proyección de la oferta a mediano y largo plazo. Estas estimaciones son utilizadas para complementar el análisis de la situación actual, tomando en cuenta las perspectivas de formación futuras si la situación se mantuviese de acuerdo con las condiciones actuales de formación y del mercado de trabajo en el sector salud.

2. Estructura de cargos de residentes

Comenzando con la composición de los cargos de residencias, se observa una clara concentración en Montevideo y en prestadores públicos. Mientras que el 85% del total de personas se forman en la capital, el 75% lo hace en el subsector público (ver Figura 1).

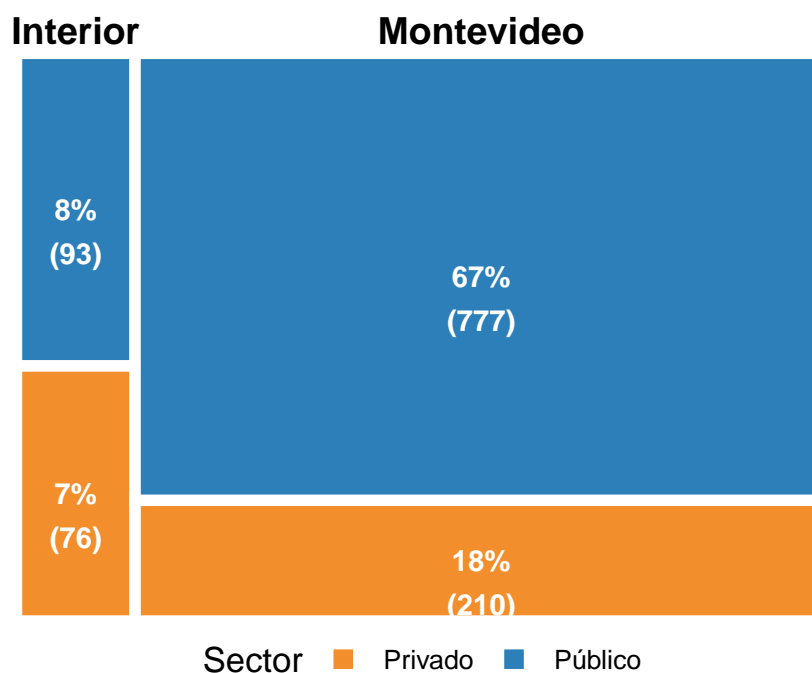


Figura 1: Distribución de los cargos de residencias médicas según sector y territorio.

En la Figura 2 se presenta, para las 30 especialidades con mayor cantidad de residentes en el país, su

distribución según subsector (público-privado) y región (Montevideo-interior).

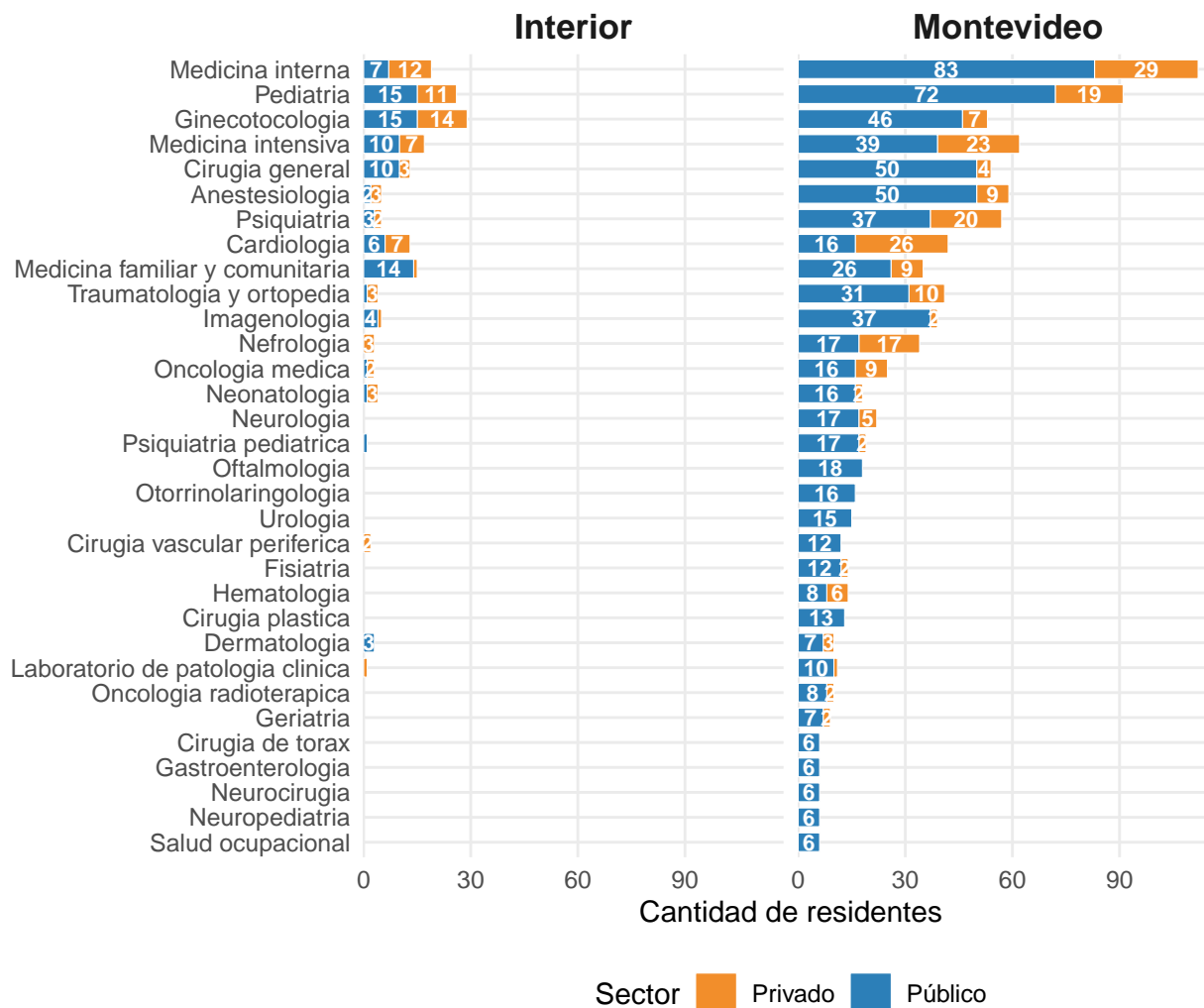


Figura 2: Distribución de los cargos de residencias médicas por especialidad según sector y territorio - 30 especialidades principales.

Se observa que Medicina interna y Pediatría son las especialidades con mayor número de residentes actuales, concentradas principalmente en Montevideo y en el subsector público, pero también con cargos en el interior y en el subsector privado. En el interior del país se observa mayor paridad de cargos entre los subsectores, donde se destaca también a Ginecología como la especialidad con mayor cantidad de cargos de residencia, los cuales están repartidos entre los dos subsectores. Para el subsector privado en la capital del país se destacan los cargos de Cardiología y Nefrología, si tenemos en cuenta la relación público-privado.

A continuación, en las Figuras 3 y 4 se observa la distribución de los cargos de residencias a nivel departamental. Dentro de los departamentos del interior, se destacan Paysandú, Maldonado, Salto, Canelones y Tacuarembó, como los que tienen mayor cantidad de cargos. Se identifican también varios departamentos sin cargos de residentes.

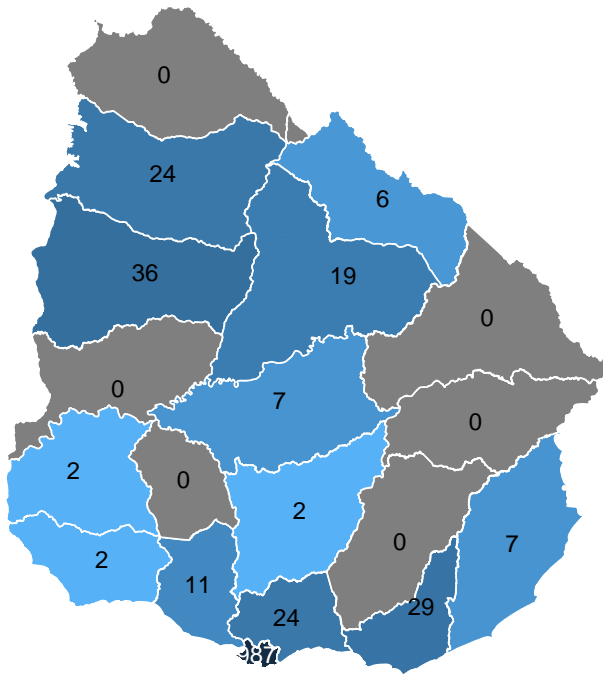


Figura 3: Distribución de residentes por departamento.

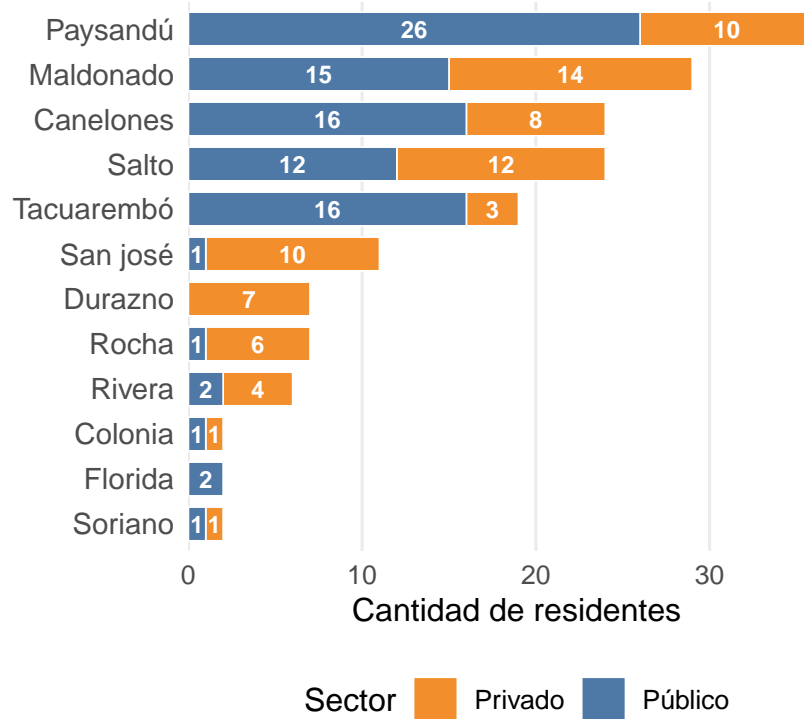


Figura 4: Distribución de residentes en el interior del país por departamento según sector.

3. Dotaciones actuales

En esta sección, se analiza la distribución territorial y sectorial de los recursos humanos en el sector salud con el fin de evaluar la disponibilidad actual de especialistas en el país. Utilizando como indicador la densidad de cargos equivalentes a tiempo completo (CETC) por cada 10.000 usuarios, se examina la dotación de profesionales en cada departamento, lo que permite identificar las capacidades de atención instaladas y las asimetrías existentes entre las distintas regiones y las diferencias entre el subsector público y privado.

En primera instancia se presenta, en la Figura 5, un dato general sobre la dotación de especialistas en el sector, medida como la densidad de cargos equivalentes a tiempo completo (CETC)² cada 10mil usuarios para cada departamento, considerando las horas de todas las especialidades incluidas en este informe.

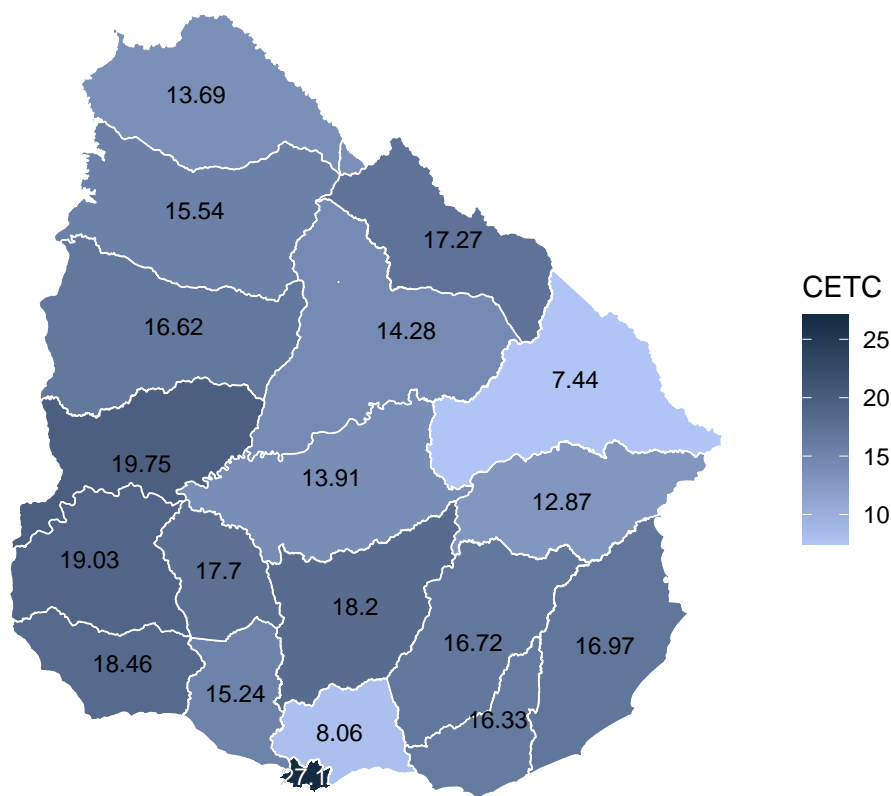


Figura 5: Densidad de cargos equivalentes de especialistas cada 10mil usuarios por departamento.

La Figura 5 muestra la heterogeneidad territorial en la dotación de especialistas médicos del país, resaltando la alta concentración en Montevideo. Mientras que en el otro extremo, se observa una concentración de departamentos con baja dotación en el noreste, donde Cerro Largo presenta la menor densidad de todo el país. La baja densidad observada en Canelones puede explicarse porque una alta proporción de la población que reside en el departamento demanda servicios de salud en Montevideo.

²Un cargo equivalente corresponde a 175 horas mensuales de trabajo.

3.1 Distribución de especialistas por región

La dotación por especialidad³ y por región⁴, puede observarse en las Figuras 6 y 7. Salvo contadas excepciones, la dotación de profesionales es mayor en la región Sur que en el resto del país.

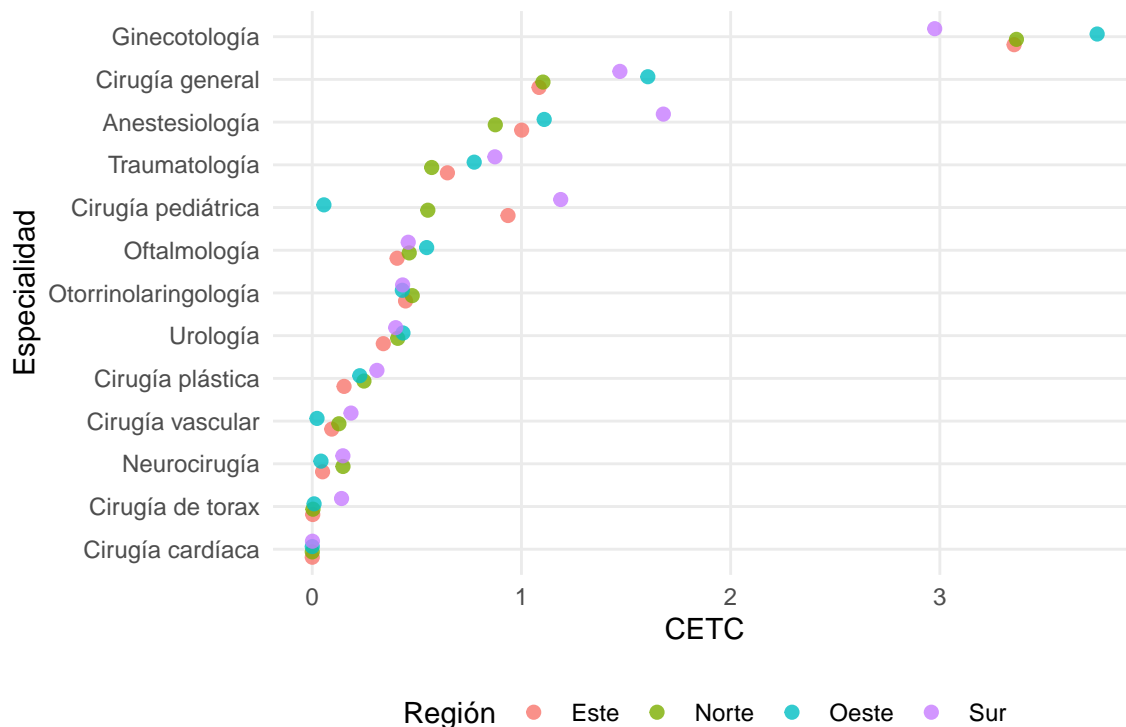


Figura 6: Densidad de CETC cada 10mil usuarios. Especialidades Anestésico-Quirúrgicas.

En lo que refiere a las especialidades anestésico-quirúrgicas (AQ) se destaca Ginecología como la que presenta una densidad mayor en todas las regiones. Como es de esperar, tanto por razones asistenciales como organizativas, Anestesiología y Cirugía general son las siguientes especialidades con mayor dotación a nivel nacional. Mientras que Cirugía general presenta una distribución más homogénea entre regiones, Anestesiología tiene mayor concentración en el sur. Esto puede explicarse por la complementación de esta especialidad con el resto de las especialidades quirúrgicas, que presentan mayor concentración en esta región.

³Para las siguientes especialidades se trabaja con datos parciales para ASSE debido a que no son completamente identificables en las bases de datos: Laboratorio clínico, Imagenología, Anatomía patológica, Emergentología, Hemoterapia, Medicina del deporte, Microbiología, Parasitología, Farmacología, Medicina nuclear, Emergentología pediátrica, Medicina legal, Epidemiología. En el caso de Toxicología la actividad se desarrolla principalmente en el CIAT (Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico) ubicado en el Hospital de Clínicas, servicio del cual no se dispone información de recursos humanos, y por esto no fue posible incluir en el análisis.

⁴Regiones: Norte: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó; Este: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres; Oeste: Colonia, Durazno, Flores, Florida, Río Negro, San José y Soriano; Sur: Canelones y Montevideo.

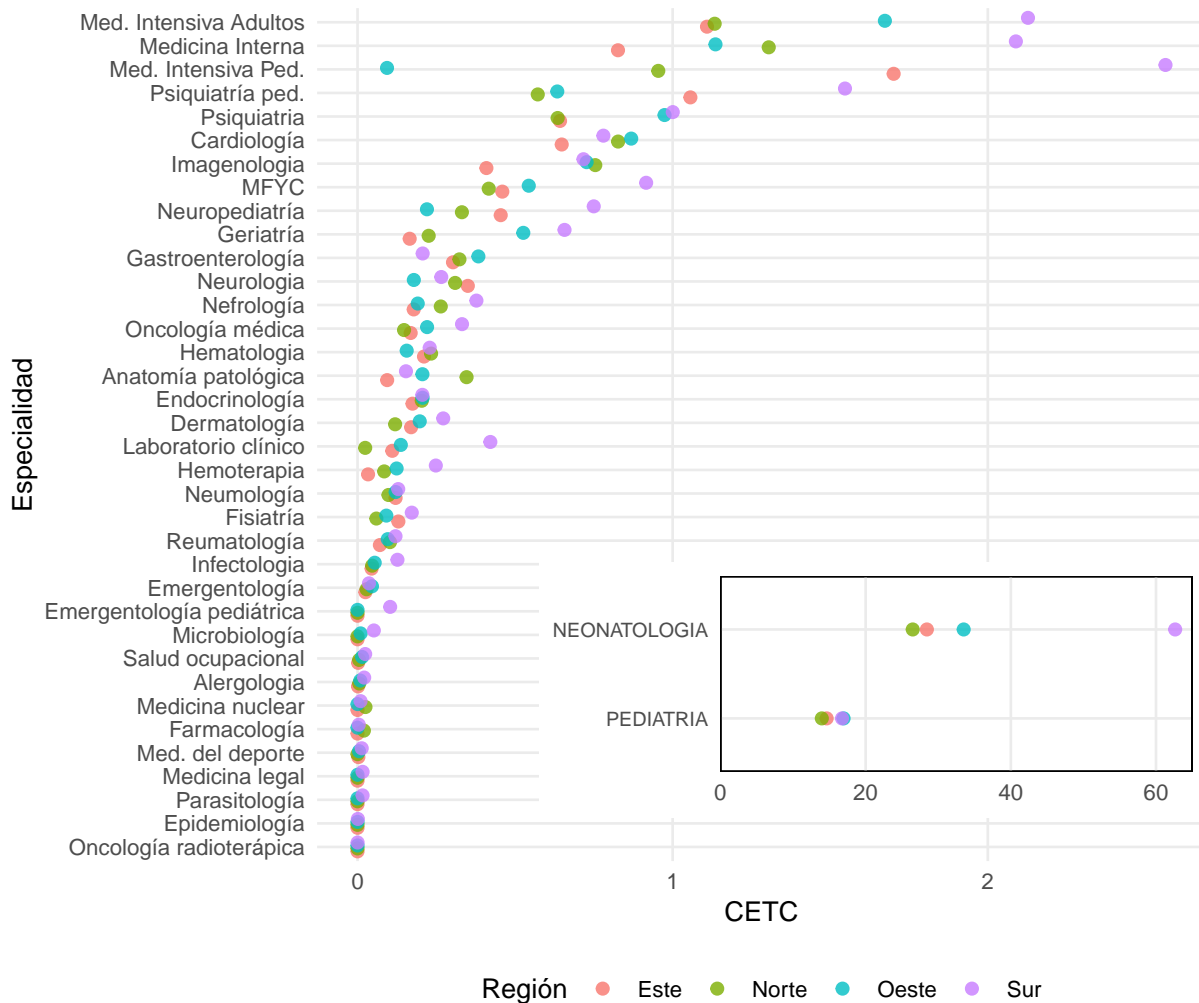


Figura 7: Densidad de CETC cada 10mil usuarios. Especialidades Básicas y Médicas.

En lo que refiere a las especialidades básicas (EB), la Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) tiene una dotación de menos de 1 CETC cada 10mil usuarios en las cuatro regiones, pero con una marcada diferencia de la región Sur con respecto a las demás. Esto contrasta con una densidad cercana a 20 cargos equivalentes en Pediatría, con una mejor distribución territorial.

En relación con las especialidades médicas (EM), como es de esperar aquellas asociadas a la internación presentan mayores dotaciones. Es notorio en estos casos la desigual distribución territorial, con una alta concentración en el Sur, tanto en la Medicina intensiva como en la Medicina interna. Esto puede deberse a la centralización de algunos servicios de salud, particularmente aquellos asociados al tercer nivel de atención.

En un segundo nivel en términos de dotación se encuentran especialidades como Cardiología, Imagenología y Psiquiatría (pediátrica y de adulto). En el caso de la Psiquiatría pediátrica se observa una importante desigualdad territorial.

Finalmente, existen ciertas especialidades con muy baja o nula disponibilidad, particularmente en zonas fuera del área metropolitana, como los casos de Oncología radioterápica, Epidemiología, Parasitología, Medicina legal, Medicina del deporte, Farmacología, Medicina nuclear, Alergología o Salud ocupacional.

Índice de Brechas Regionales de Dotación (IBRD)

El análisis anterior respecto de la distribución relativa de las diferentes especialidades en el territorio se complementa al considerar un índice que intenta reflejar el déficit actual de especialistas a nivel regional. Para esto se obtiene un valor de densidad de CETC para cada especialidad, a partir del promedio de los valores de las 4 regiones. Lo que se intenta al tomar un promedio de las regiones en lugar del valor para el total país, es reflejar los problemas en la distribución de especialistas a nivel regional, ya que de esta manera, las especialidades que están concentradas en la región sur, que son la mayoría, obtienen un valor más bajo de CETC que si consideráramos el valor para el total país.

Con el objetivo de analizar la distribución y las necesidades relativas de especialistas médicos, las especialidades fueron agrupadas en conjuntos relativamente homogéneos. Este procedimiento permite reducir la heterogeneidad inherente a la comparación entre disciplinas médicas con perfiles asistenciales muy diferentes y facilita la construcción de indicadores de brecha relativa dentro de grupos comparables. La conformación de los grupos consideró principalmente tres criterios. En primer lugar, la función asistencial predominante de cada especialidad, distinguiendo aquellas orientadas a la atención clínica longitudinal, las vinculadas a la resolución quirúrgica, las asociadas a cuidados críticos y urgencias, y aquellas cuya actividad principal se desarrolla en servicios diagnósticos o de apoyo terapéutico. En segundo lugar, se tomó en cuenta la modalidad de organización del trabajo, diferenciando especialidades cuyo ejercicio depende de la disponibilidad de quirófanos, unidades de cuidados intensivos, laboratorios o equipamiento de alta complejidad, de aquellas desarrolladas fundamentalmente en ámbitos ambulatorios. Finalmente, se consideró el grado de similitud en los patrones de distribución territorial y en las necesidades de cobertura asistencial observadas para cada conjunto de especialidades.

El objetivo de esta agrupación no es establecer una taxonomía exhaustiva de las disciplinas médicas, sino disponer de categorías analíticas que permitan comparar la dotación relativa de cada especialidad respecto a otras que cumplen funciones similares dentro del sistema de salud. De esta forma, los indicadores de brecha resultantes reflejan diferencias respecto a un grupo de referencia más homogéneo y evitan comparaciones que podrían resultar poco informativas entre especialidades con modelos asistenciales sustancialmente distintos.

Una vez agrupadas las especialidades⁵, se toma como valor de referencia la máxima densidad de CETC observada dentro de cada grupo, utilizándola como medida de comparación para el resto de las especialidades que lo integran. A partir de este valor de referencia, se construye un índice de déficit relativo para cada especialidad, el cual denominaremos Índice de Brechas Regionales de Dotación (IBRD), y se calcula como:

$$IBRD_{esp} = 1 - \frac{CETC_{esp}}{CETC_{ref}}$$

donde $CETC_{esp}$ es el valor correspondiente a cada especialidad y $CETC_{ref}$ es el valor de referencia dentro del grupo.

Este indicador toma valores entre 0 y 1, donde valores cercanos a 0 representan situaciones con una densidad de CETC similar a la especialidad de referencia dentro del grupo, mientras que valores próximos a 1 reflejan una mayor brecha relativa respecto al valor de referencia, lo que indicaría un déficit en la especialidad.

⁵Se formaron 8 grupos con al menos 3 especialidades cada uno, y un noveno grupo solo con Neonatología dada su alta densidad de CETC.

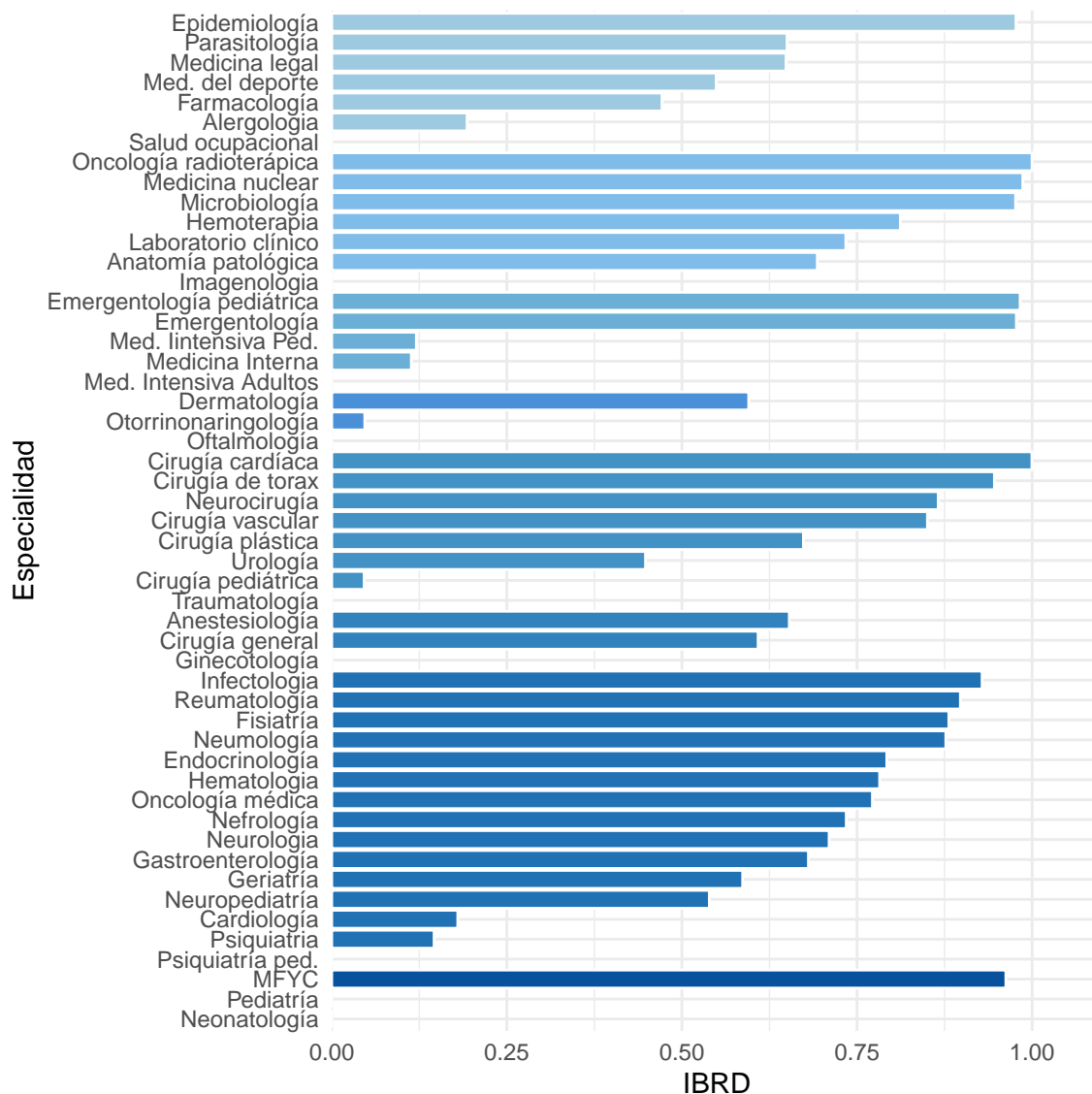


Figura 8: Índice de Brechas Regionales de Dotación por especialidad.

La Figura 8 muestra la agrupación de especialidades considerada en el análisis, donde las diferentes tonalidades permiten distinguir visualmente los grupos resultantes. Las especialidades que toman valor 0 en el índice son aquellas que se toman como referencia en cada grupo. Es de relevancia aclarar que esto no implica que la dotación actual de estas especialidades sea la adecuada para las necesidades del país.

En general se observan valores mayormente altos del índice, lo que indicaría mayor diferencia con el valor de referencia del grupo. Esto se da tanto en especialidades de muy baja dotación como son la Oncología radioterápica, Cirugía cardíaca, Medicina nuclear, entre otras, pero también en especialidades básicas como la Medicina familiar y comunitaria.

3.2 Concentración de especialistas por departamento

A la hora de analizar las dotaciones de especialistas a nivel departamental, a partir del cálculo de la densidad de CETC cada 10mil usuarios para cada especialidad en cada departamento, se construye en primera instancia

un indicador para medir, para cada especialidad, la brecha entre la dotación de cada departamento y los departamentos con mejor dotación.⁶

Se calculan en este caso las brechas departamentales como:

$$brecha\ departamental_{esp} = \max(0, 1 - \frac{CETC_{dpto}}{CETC_{dpto\ ref}})$$

Se obtiene así un valor para cada especialidad en cada departamento, interpretándose de manera similar al *IBRD*: un valor de brecha igual a 0 indica que el departamento tiene una densidad de CETC igual (o mejor) a la del departamento de referencia, mientras que un valor de 1 en el indicador nos dice que el departamento no tiene horas de esa especialidad.

En las Figuras 9 y 10 se presenta el valor de la brecha para cada especialidad por departamento, ordenado según el promedio de brechas de la especialidad, es decir, las especialidades que aparecen más arriba en el gráfico son las que presentan, en promedio, valores más altos de brechas. En ambos casos se trata de mapas de calor, donde los valores más altos (violetas) indican una brecha más alta, mientras que los valores más bajos (amarillos) reflejan una brecha menor.

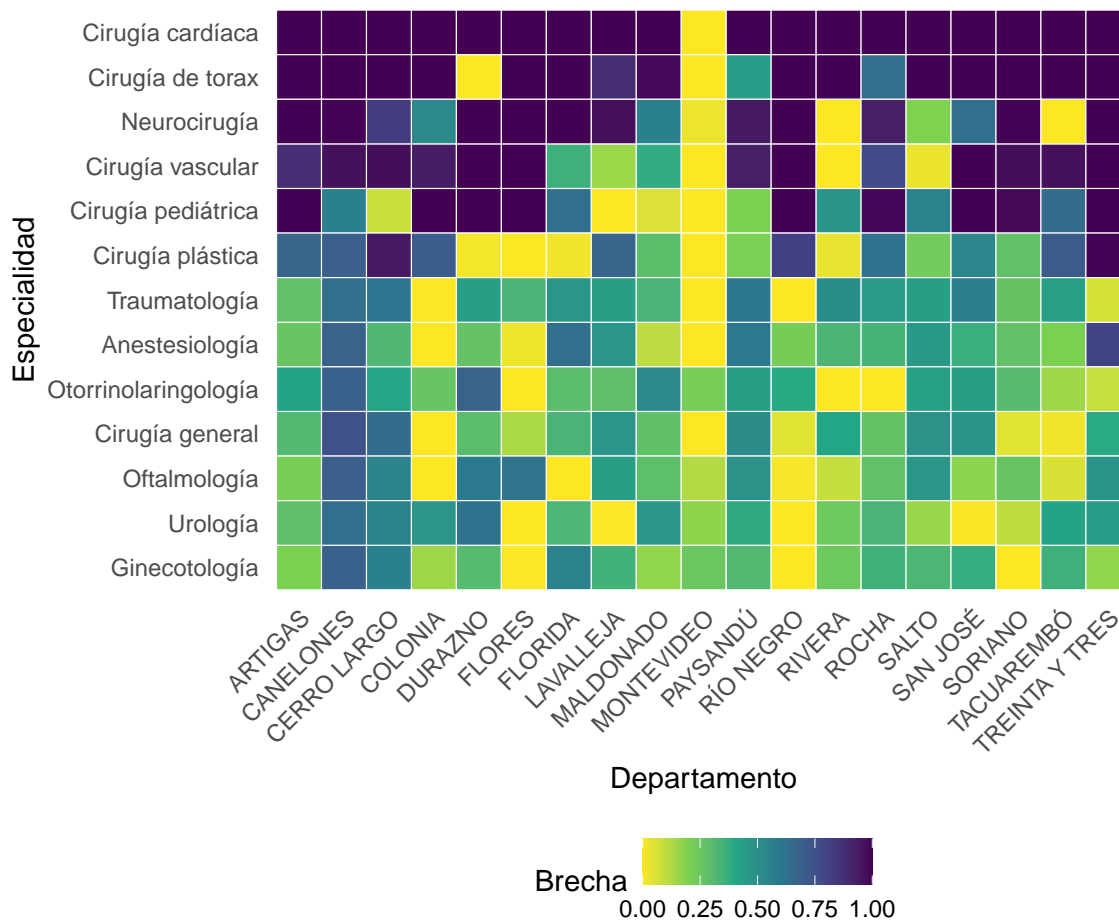


Figura 9: Brecha según departamento. Especialidades Anestésico-Quirúrgicas.

⁶En este caso, para evitar valores atípicos, en lugar de tomar el departamento con CETC más alto para cada especialidad, se toma el que corresponde al percentil 0.9. Como excepción, para las especialidades con menor presencia en los departamentos, donde el percentil 0.9 es 0, se toma el valor máximo como referencia.

En cuanto a las especialidades Anestésico-Quirúrgicas, se observa en la Figura 9, que Cirugía cardíaca solo tiene horas en Montevideo. Mientras que en el otro extremo, las especialidades con menos concentración son Ginecología, Urología y Oftalmología. Estas especialidades además cuentan con la particularidad de que no es Montevideo el departamento con mayor densidad de CETC cada 10mil usuarios.

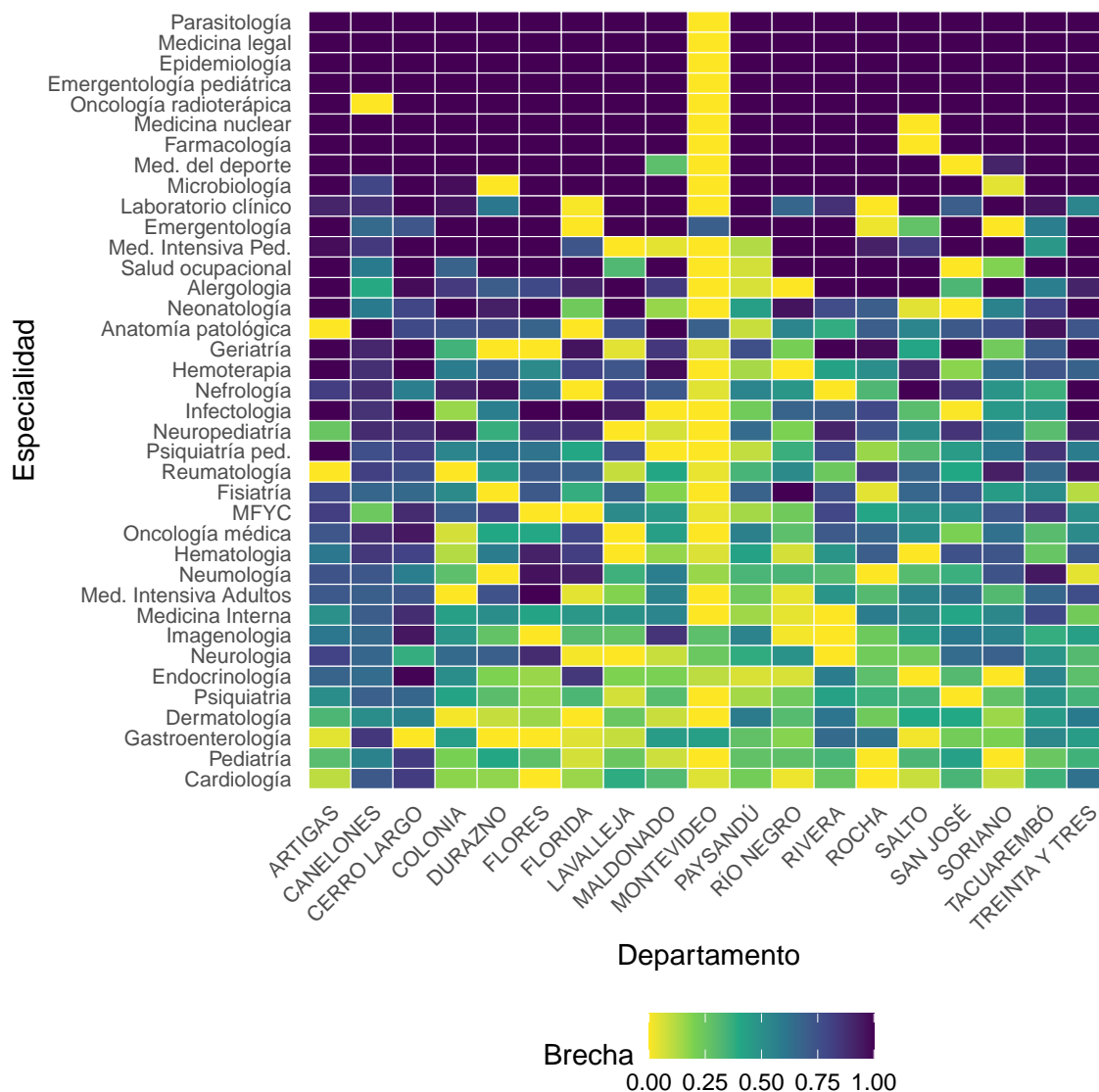


Figura 10: Brecha según departamento. Especialidades Básicas y Médicas.

Las primeras cuatro especialidades que aparecen en la Figura 10 (Parasitología, Medicina legal, Epidemiología y Emergentología pediátrica) solo tienen horas asignadas en Montevideo. Mientras que Oncología radioterápica, Medicina nuclear, Farmacología, Emergentología, Medicina del deporte y Microbiología están presentes en Montevideo y pocos departamentos más del interior del país.

Las especialidades médicas con menor valor de brecha promedio, lo que indicaría una mejor distribución de especialistas, son Cardiología, Pediatría y Gastroenterología.

Diferencias ASSE-IAMC

En el apartado anterior se analizaron las brechas departamentales para cada especialidad considerando en forma conjunta la dotación pública y privada. Sin embargo, es probable que entre subsectores existan diferencias significativas, las que quedan ocultas al mirar indicadores agregados. Es por esta razón que en el presente apartado se analiza la disponibilidad de especialistas en ambos subsectores.

Para ello, se calculó, en cada departamento y para cada especialidad, la diferencia relativa entre la densidad de CETC en ASSE y la correspondiente en las IAMC. La Figura 11 presenta estas diferencias mediante un mapa de calor, donde los valores positivos (verdes) indican una mayor densidad relativa en ASSE, mientras que los valores negativos (naranjas) reflejan una mayor densidad en las IAMC. La intensidad del color representa la magnitud de la diferencia observada.

Las especialidades incluidas corresponden únicamente a aquellas que pudieron identificarse de forma consistente en los registros de ASSE. Asimismo, con el objetivo de mejorar la visualización y evitar que valores extremos distorsionen la escala de colores, las diferencias relativas fueron censuradas en 100%.

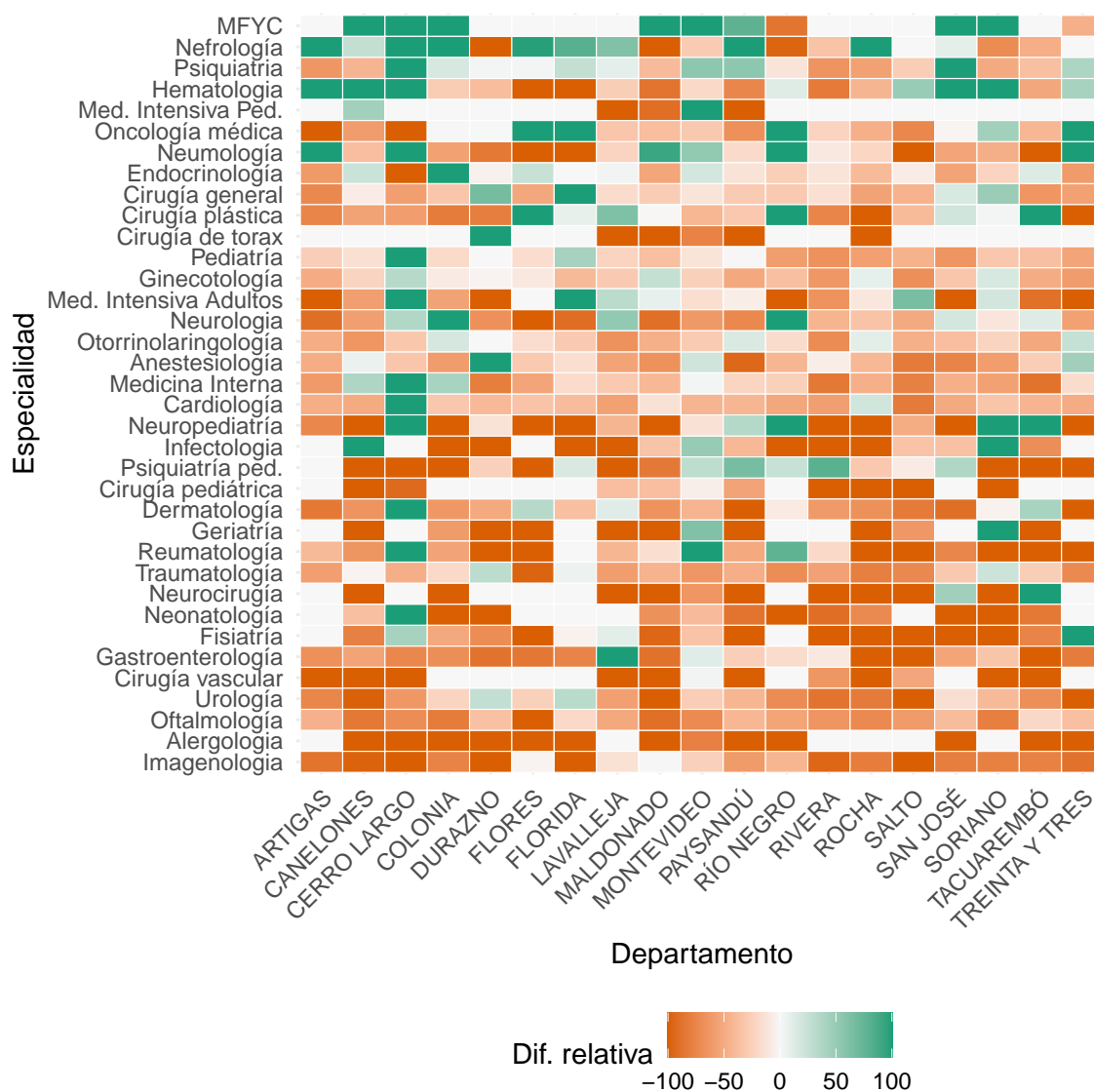


Figura 11: Diferencias de densidad de CETC entre ASSE-IAMC por especialidad según departamento.

En la Figura 11 se presentan las especialidades ordenadas de forma decreciente según el promedio de las diferencias relativas. De este modo, las especialidades ubicadas en la parte superior del gráfico son aquellas que presentan en promedio una mayor dotación en ASSE en comparación con las IAMC, mientras que las situadas en la parte inferior evidencian mayores carencias relativas del subsector público respecto al privado.

En términos generales, se observa un predominio de valores negativos (representados en color naranja), lo que indica que, para la mayoría de las especialidades, ASSE presenta menores niveles de dotación que el sector privado en casi todos los departamentos. Las principales excepciones son MFyC y Nefrología, especialidades en las que ASSE muestra una mayor dotación en un número más amplio de departamentos. En el extremo opuesto, Imagenología, Alergología, Oftalmología, Urología y Cirugía vascular son las especialidades que presentan las mayores diferencias en favor de las IAMC.

Por otra parte, Cerro Largo es el único departamento que presenta diferencias positivas en favor del sector público en una mayor cantidad de especialidades.

Índice de Distribución Departamental y Sectorial (IDDS)

Con el objetivo de incorporar al IPPE una dimensión vinculada tanto a la desigualdad en la distribución territorial de especialistas como a su distribución entre subsectores de atención, se calcula el índice de Gini normalizado a partir de la densidad de CETC de cada especialidad. Para ello, la unidad de análisis considerada corresponde a cada combinación departamento–subsector (público y privado), permitiendo cuantificar simultáneamente la concentración geográfica y sectorial de la oferta. A este índice lo denominaremos Índice de Distribución Departamental y Sectorial (IDDS).

En particular, valores elevados del índice (cerca de 1) indican una fuerte concentración de especialistas en pocos departamentos o subsectores, alcanzando el valor 1 en una situación de concentración máxima. Por el contrario, valores próximos a 0 reflejan una distribución más equitativa de los CETC entre las unidades consideradas. Dado que en esta aplicación se distinguen los cargos según departamento y subsector de atención (público y privado), cada especialidad se distribuye en un total de 38 unidades territoriales-institucionales.

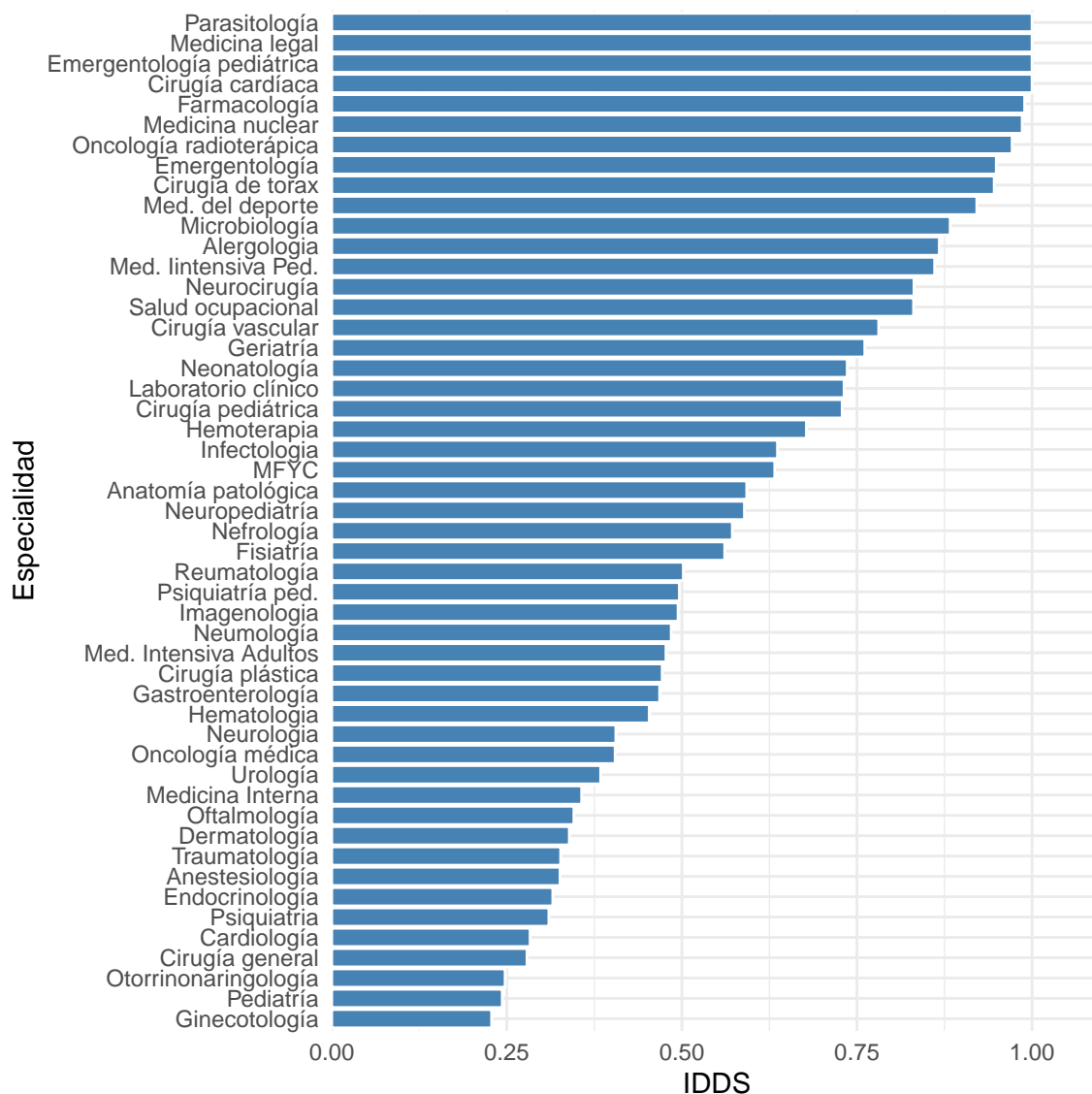


Figura 12: Índice de Distribución Departamental y Sectorial por especialidad.

La Figura 12 presenta el IDDS de los CETC por especialidad, considerando conjuntamente la distribución territorial y por subsector de atención. En términos generales, se observa un elevado nivel de desigualdad en la distribución de varias especialidades. Esto indica que la oferta de cargos equivalentes a tiempo completo se encuentra fuertemente concentrada en pocos departamentos y/o predominantemente en alguno de los subsectores de atención. Particularmente, especialidades como Parasitología, Medicina legal, Emergentología pediátrica y Cirugía cardíaca exhiben niveles extremos de concentración, mientras que especialidades como Ginecología, Pediatría y Otorrinolaringología presentan distribuciones relativamente más equilibradas. Esta evidencia sugiere la coexistencia de un sistema fuertemente centralizado para especialidades de alta complejidad junto con una distribución territorial más extendida en especialidades básicas o generalistas.

Debe tenerse en cuenta que el indicador combina simultáneamente desigualdad territorial y segmentación institucional, por lo que valores elevados pueden reflejar tanto concentración geográfica como predominio de la oferta en alguno de los subsectores de atención.

Asimismo, el IDDS, por sí solo, no permite distinguir entre patrones de centralización estructural (esperables

en especialidades de mayor complejidad) y situaciones de concentración asociadas a déficits de oferta en determinados territorios. En consecuencia, su interpretación se realiza de manera conjunta con otros indicadores y en el marco de un análisis contextual del sistema de salud.

4. Variación de la oferta de CETC

El análisis anterior de las dotaciones actuales por región y departamento es complementado con los resultados de la estimación del modelo de proyección de la oferta de especialidades, tal cual lo descrito en la introducción de este documento. La Figura 13 muestra la variación relativa de la oferta de especialistas, medida a partir de la densidad de cargos equivalentes a tiempo completo cada 10.000 habitantes, entre el 2025 y 2050, desagregada por especialidad médica. Para el cálculo se utilizaron los valores de proyección de población del INE.

Los valores negativos indican que la oferta disminuye a lo largo del tiempo, es decir, de mantenerse la tasa de formación actual no se llegaría a compensar la evolución demográfica de los especialistas.

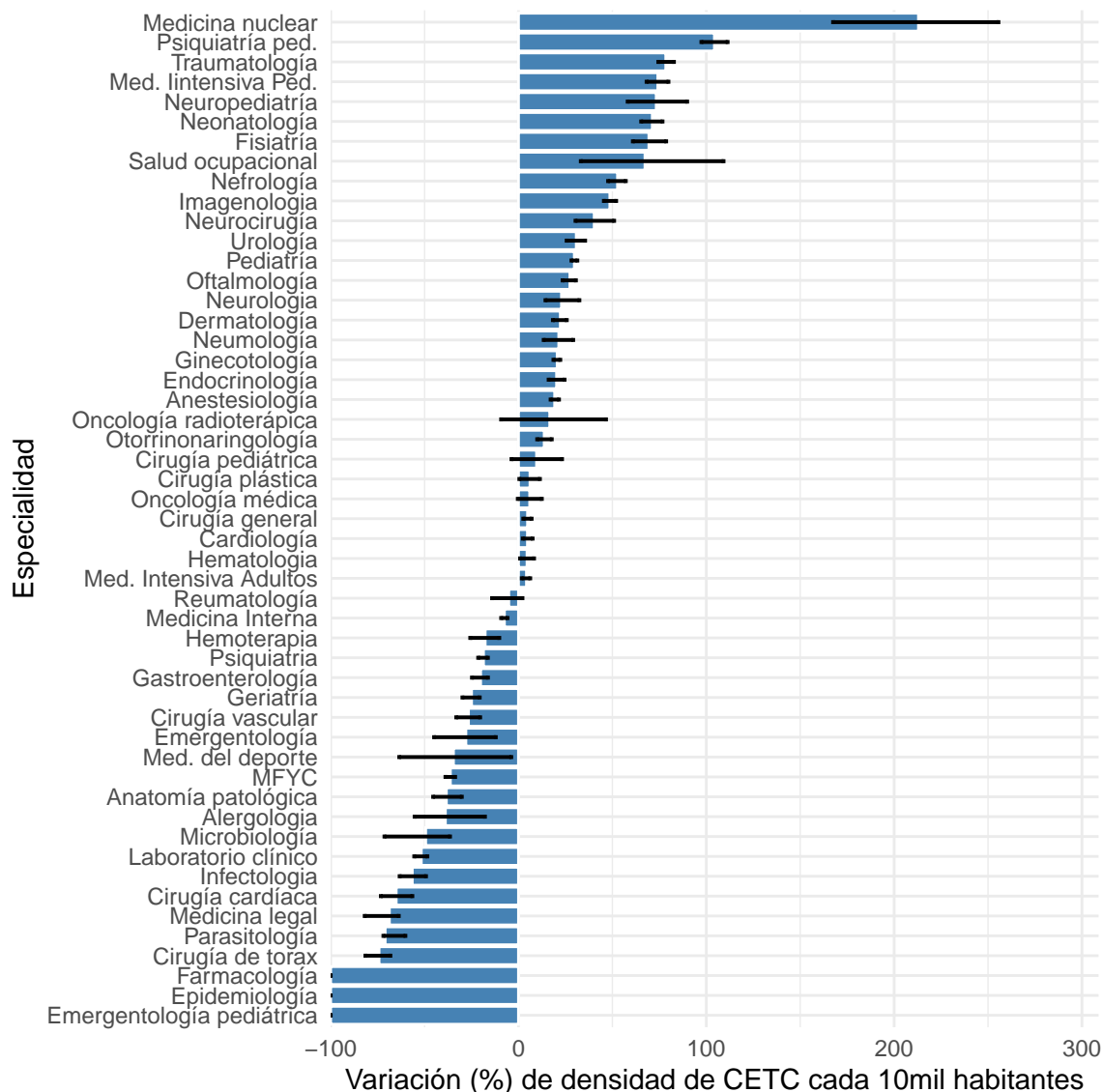


Figura 13: Variación porcentual proyectada de la oferta de especialistas a 2050.

En la Figura 13 las barras muestran la variación porcentual estimada de la oferta de especialistas bajo el escenario simulado a 2050. Cada valor corresponde al promedio obtenido a partir de 200 simulaciones del modelo. Dado que este incorpora distintas fuentes de aleatoriedad, la incertidumbre de las estimaciones se presenta mediante segmentos horizontales negros, que indican el rango entre los percentiles 5 y 95 de las simulaciones. En otras palabras, estos intervalos reflejan el rango dentro del cual se concentra la mayor parte de los resultados generados por el modelo.

Como se puede observar, hay una elevada heterogeneidad en las variaciones: mientras algunas especialidades presentan incrementos significativos en la oferta, otras muestran fuertes caídas. En el caso de una especialidad de muy baja dotación actual como lo es Medicina Nuclear, se proyecta un gran crecimiento relativo, mientras que en especialidades como Psiquiatría pediátrica, Traumatología, Medicina intensiva pediátrica, Neuropediatría, Neonatología, Fisiatría y Salud ocupacional, la proyección de crecimiento es superior al 50%. En el caso de las especialidades que tienen como población de referencia a los menores de 15 años, el crecimiento estimado se ve influenciado por el decrecimiento proyectado para esa población en el país.

Por otro lado algunas especialidades médicas de baja dotación, como Farmacología, Epidemiología y Emergentología pediátrica, tienen una fuerte proyección a la baja (caídas del 100%).

Existen también especialidades quirúrgicas donde se proyectan descensos pronunciados, como Cirugía de Tórax y Cirugía Cardíaca (con caídas superiores al 65%).

Las especialidades con baja dotación presentan mayores incertidumbres en la oferta proyectada a partir del modelo (segmentos negros más amplios), ya que pequeños movimientos en las condiciones del modelo afecten proporcionalmente más sus cantidades, aumentando la varianza de las estimaciones.

En conjunto, estos resultados sugieren una reasignación o redistribución importante de los recursos humanos en salud, lo cual podría tener implicancias relevantes en la planificación sanitaria y la equidad en el acceso a atención especializada.

A partir de la variación relativa de la densidad de CETC estimada para cada especialidad a 2050, y con el objetivo de tener un valor normalizado para incluir en el IPPE, se construye el Índice de Déficit Futuro (IDF) haciendo la siguiente transformación:

$$IDF_{esp} = \frac{\max(0, -variacion_{esp})}{\max(-variacion)}$$

Es decir, si la variación es positiva, el *IDF* es 0, mientras que si es negativa, se toma el valor absoluto y se escala por el peor caso (en este caso -100%), conservando la intensidad relativa. Las especialidades con variación de -100% (proyección de pérdida total de especialistas), obtienen un *IDF* de 1.

5. Índice de Prioridad para la Planificación de Especialistas (IPPE)

Con el objetivo de integrar la información proveniente de los distintos indicadores analizados previamente, se construye un índice sintético que resume la situación relativa de cada especialidad en términos de necesidades de formación. Este índice combina tres dimensiones complementarias: la evolución proyectada de la oferta de especialistas, la extensión territorial de los déficits actuales y el grado de concentración de la dotación entre departamentos y subsectores.

Cada una de estas dimensiones captura un aspecto distinto del problema. Mientras que la proyección de la oferta permite identificar posibles situaciones de escasez futura, los indicadores territoriales aportan evidencia sobre la distribución actual de los recursos humanos, tanto en términos de cobertura como de equidad entre departamentos. La combinación de estos elementos permite obtener una medida integral que no solo considera que especialistas faltan, sino también dónde faltan y cómo se distribuyen en el territorio.

A los efectos de su agregación, los tres indicadores fueron construidos bajo una escala común (0 a 1), donde valores más altos representan situaciones relativamente más desfavorables. El índice final se construye como una combinación ponderada de estos componentes, asignando pesos similares a las tres dimensiones.

Este enfoque constituye una herramienta de apoyo para la definición de cupos de formación, complementando el análisis con evidencia cuantitativa sistematizada.

$$IPPE = \alpha_1 \times IDF + \alpha_2 \times IBRD + \alpha_3 \times IDDS$$

Con $\alpha_1 = 1/3$, $\alpha_2 = 1/3$ y $\alpha_3 = 1/3$.⁷

En la Figura 14 se muestra el valor del Índice de Priorización para la Planificación de Especialistas (IPPE) para cada especialidad, desagregado según la contribución de cada uno de los tres componentes que lo integran.

⁷Se realizaron pruebas de sensibilidad variando la ponderación de los componentes del índice. Los resultados muestran una alta estabilidad en el ranking de especialidades, particularmente en los niveles de mayor prioridad, lo que sugiere que las conclusiones no dependen críticamente de la elección de ponderadores.

Las especialidades Cirugía cardíaca, Alergología, Medicina del deporte, Medicina legal y Farmacología son consideradas de referencia nacional. Debido a que no requieren presencia en todos los departamentos, las diferencias observadas en su distribución territorial no se consideran un déficit, por lo que se les asignó un IDDS de 0.

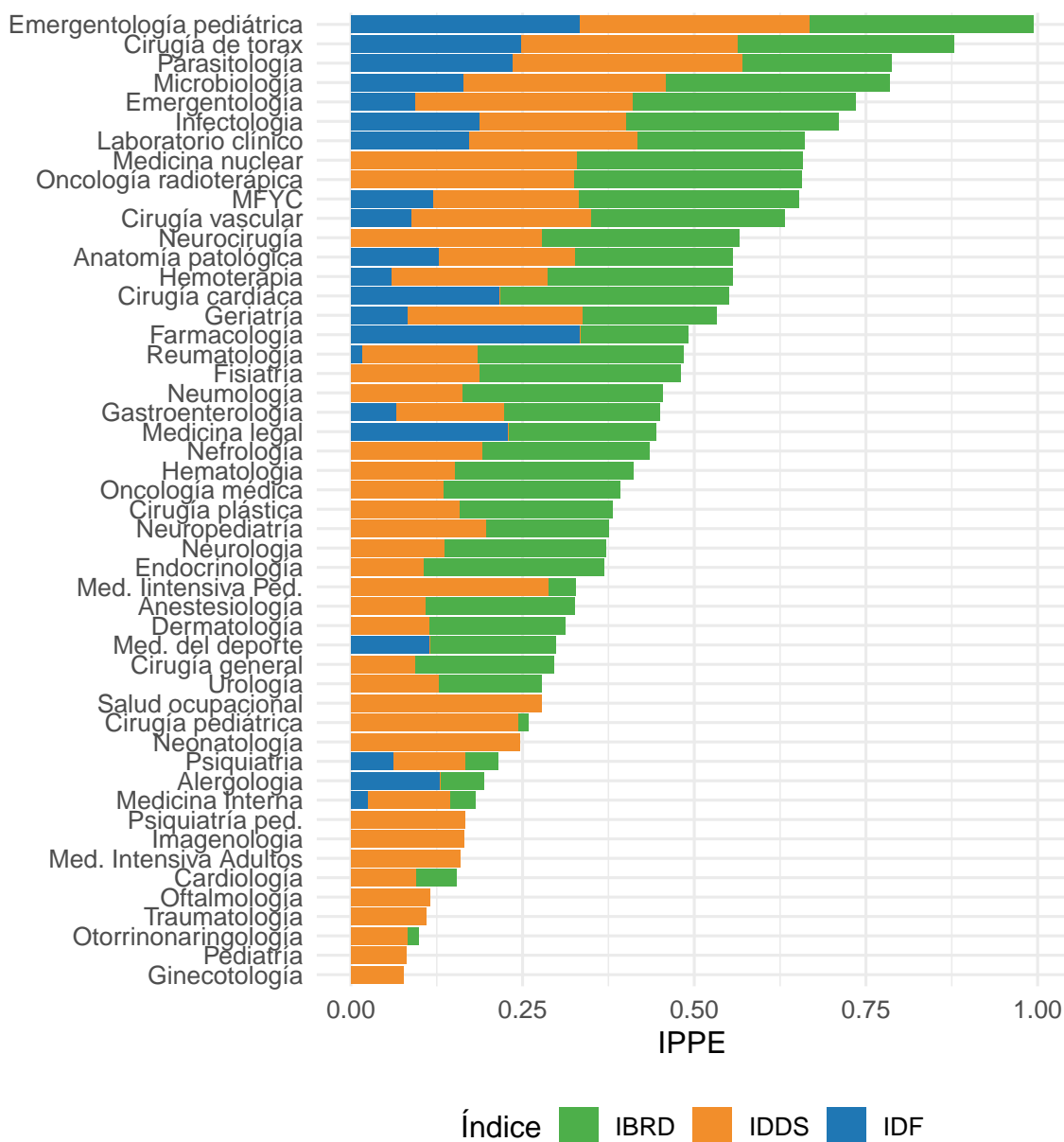


Figura 14: Ranking de especialidades según valor del Índice de Prioridad para la Planificación de Especialistas.

El análisis del ordenamiento presentado en la Figura 14 revela situaciones marcadamente heterogéneas entre las distintas especialidades. Por un lado, existen especialidades como Ginecología, Pediatría, Otorrinolaringología, Traumatología y Oftalmología, que consolidan un escenario favorable al registrar muy escasas necesidades formativas y buenos resultados distributivos. En contraposición, aquellas especialidades con los peores desempeños en el IPPE evidencian dificultades en los tres indicadores, lo que demuestra que el problema trasciende la mera brecha formativa y exige políticas estructurales orientadas a revertir

la desigualdad territorial. Asimismo, el gráfico permite identificar que las respuestas de gestión deben ser diferenciadas: mientras que en ciertos casos la proyección de una fuerte caída futura de profesionales justifica el fortalecimiento de la oferta formativa, en otros donde las brechas entre subsectores y regiones operan con mayor fuerza, expandir los cupos puede no ser suficiente si no se acompaña de estrategias concretas que robustezcan la capacidad de respuesta, particularmente del subsector público, y garanticen la radicación efectiva de los especialistas en los departamentos del interior del país.

6. Recomendaciones hacia la definición de cupos de residencias

Las recomendaciones de asignación de cupos para la formación de especialistas se elaboraron a partir de una metodología que integra evidencia cuantitativa, consideraciones territoriales y evaluación técnica. Como eje central se utilizó el Índice de Prioridad para la Planificación de Especialistas (IPPE), empleado como una señal sintética de priorización por especialidad, construida a partir de las brechas territoriales (IDDS), las brechas entre grupos de especialidades (IBRD) y la evolución proyectada de la oferta (IDF). El análisis toma como punto de partida los cupos de residencia ofrecidos en el llamado a cargos de 2026, sobre los cuales se formularon propuestas de incremento y reasignación de cupos existentes.

Con el propósito de promover una distribución más equitativa de las oportunidades de formación en el territorio, se incorporó un piso mínimo de cobertura, asignando al menos un residente a los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Flores, Lavalleja, Treinta y Tres y Río Negro, que no contaban con cargos en el llamado 2026. Asimismo, las propuestas derivadas del IPPE fueron complementadas mediante ajustes cualitativos basados en los aportes y necesidades identificadas por las Direcciones Departamentales de Salud (DDS), permitiendo incorporar dimensiones no captadas por los indicadores cuantitativos. Adicionalmente, en el caso de las especialidades anestésico-quirúrgicas, se consideró la situación de las listas de espera quirúrgicas, utilizando el promedio de días de espera por especialidad e institución como un insumo adicional para la priorización.

Los aportes de las DDS⁸ fueron relevados mediante un instrumento cualitativo diseñado para identificar dificultades concretas en el acceso a la atención especializada, detectar brechas en la disponibilidad de especialidades médicas y priorizar aquellas necesidades cuya resolución resulta más urgente y estratégica para cada departamento. El formulario utilizado se presenta en el Anexo 1. Asimismo, se prevé dar continuidad a este proceso mediante instancias de intercambio y validación con los actores territoriales, con el fin de profundizar la incorporación de la perspectiva local en la identificación de los principales problemas de acceso a la atención especializada.

En conjunto, los insumos generados a partir del análisis cuantitativo y cualitativo procuran aportar evidencia para la toma de decisiones vinculadas a la redistribución y eventual ampliación de cupos de residencia médica, así como para el diseño de estrategias complementarias orientadas al fortalecimiento de la oferta de especialistas y a la mejora del acceso a la atención especializada en todo el territorio nacional.

En la Figura 15 se presenta la comparación entre la estructura de cupos 2026 por departamento y la sugerencia de cupos para 2027.

⁸Se cuenta con información de: Artigas, Colonia, Flores, Florida, Maldonado, Paysandú, Rocha y Soriano.

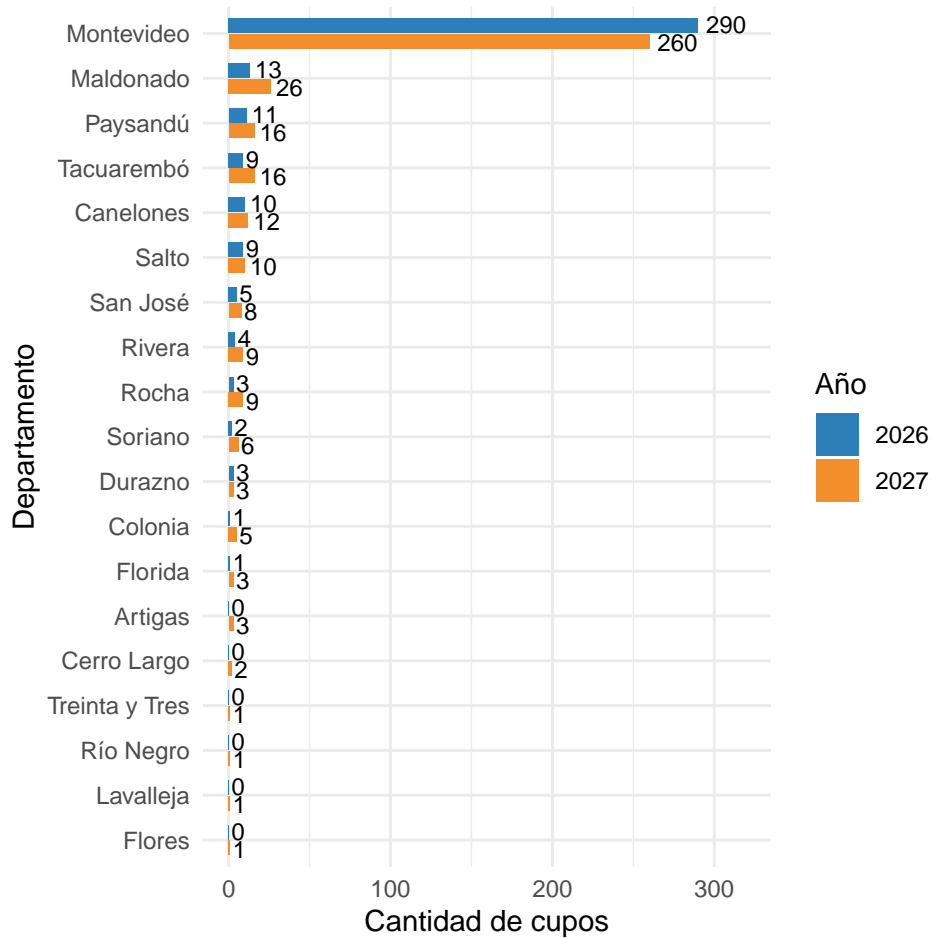


Figura 15: Comparación de cupos de residencias 2026 y sugerencia de cupos 2027 por departamento.

En la Figura 16 se presenta la estructura de cupos 2026 por especialidad junto con los cupos adicionales sugeridos para 2027.

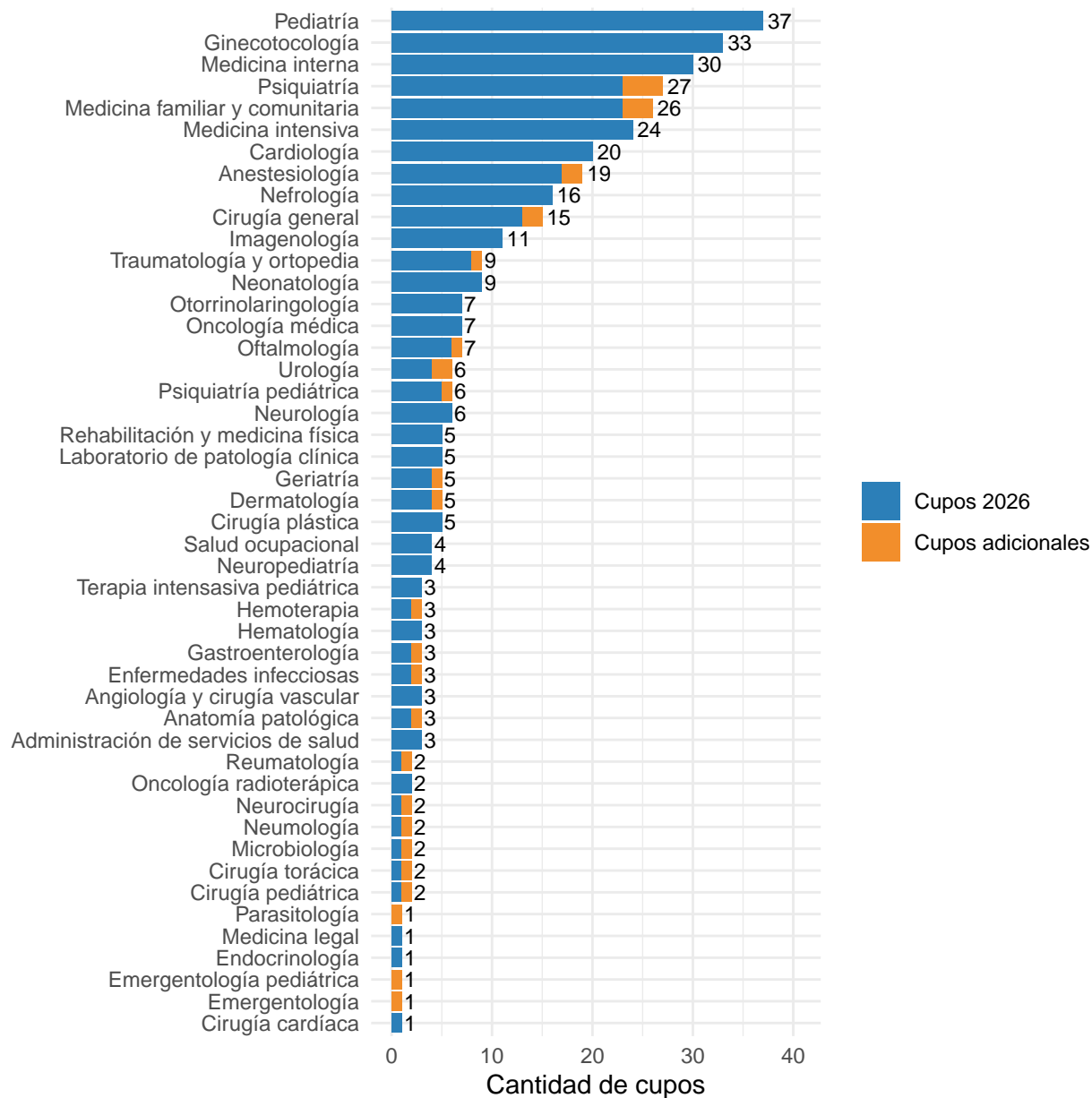


Figura 16: Comparación de cupos de residencias 2026 y sugerencia de cupos adicionales 2027 por especialidad.

En el Cuadro 1 se presentan desagregados los cargos adicionales sugeridos por especialidad y departamento. Además, se sugieren traslados de cupos entre departamentos, todos ellos desde Montevideo a los departamentos indicados.

Cuadro 1: Cargos adicionales por departamento y especialidad.

Depto	Especialidad	Cargos adicionales	Traslados	Criterio principal
Maldonado	Anatomía patológica	1	0	IPPE alto

Depto	Especialidad	Cargos adicionales	Traslados	Criterio principal
Florida	Anestesiología	1	0	DDS (demanda de especialistas y dificultades de acceso)
Colonia	Anestesiología	1	0	DDS (dificultades de acceso y cuello de botella quirúrgico)
Maldonado	Cirugía general	1	0	Distribución desigual + lista de espera quirúrgica
Salto	Cirugía general	1	0	Distribución desigual + lista de espera quirúrgica
Tacuarembó	Cirugía pediátrica	1	0	Distribución desigual
Tacuarembó	Cirugía torácica	1	0	IPPE alto
Paysandú	Dermatología	1	0	IPPE + DDS (dificultades de acceso)
Montevideo	Emergentología pediátrica	1	0	IPPE alto
Cerro Largo	Emergentología	1	0	IPPE alto
Maldonado	Enfermedades infecciosas	1	0	IPPE alto
Canelones	Gastroenterología	1	0	IPPE alto
Maldonado	Geriatría	1	0	IPPE alto + necesidades futuras por proyección de población
Rivera	Hemoterapia	1	0	IPPE alto + distribución territorial
Cerro Largo	Medicina familiar y comunitaria	1	0	Cobertura mínima territorial
Río Negro	Medicina familiar y comunitaria	1	0	Cobertura mínima territorial
Treinta y Tres	Medicina familiar y comunitaria	1	0	Cobertura mínima territorial
Maldonado	Microbiología	1	0	IPPE alto
Soriano	Neumología	1	0	IPPE alto + DDS (dificultades de acceso)
Tacuarembó	Neurocirugía	1	0	Distribución desigual
Soriano	Oftalmología	1	0	DDS (problema de salud y dificultades de acceso)
Montevideo	Parasitología	1	0	IPPE alto + centro de referencia
Maldonado	Psiquiatría	1	0	IPPE alto
Colonia	Psiquiatría	1	0	DDS (dificultades de acceso, listas de espera)
Florida	Psiquiatría	1	0	DDS (problema de salud y dificultades de acceso)
Rocha	Psiquiatría	1	0	DDS (dificultades de acceso)
Soriano	Psiquiatría pediátrica	1	0	DDS (problema de salud y dificultades de acceso)
Rocha	Reumatología	1	0	IPPE alto + necesidades futuras por proyección de población
Paysandú	Traumatología y ortopedia	1	0	DDS (dificultades de acceso y alta demanda) + lista de espera quirúrgica
Rocha	Urología	1	0	IPPE + DDS (espera quirúrgica) + lista de espera quirúrgica
Soriano	Urología	1	0	IPPE + DDS (dificultades de acceso) + lista de espera quirúrgica
Maldonado	Anestesiología	0	1	Distribución desigual
Tacuarembó	Anestesiología	0	1	Distribución desigual
Rocha	Cardiología	0	1	Distribución desigual

Depto	Especialidad	Cargos adicionales	Traslados	Criterio principal
Maldonado	Cirugía plástica	0	1	Distribución desigual
Paysandú	Cirugía plástica	0	1	Distribución desigual + DDS (dificultades de acceso)
Colonia	Cirugía vascular	0	1	IPPE alto
Rivera	Geriatría	0	1	IPPE alto + necesidades futuras por proyección de población
Flores	Hematología	0	1	IPPE alto por Distribución desigual
Maldonado	Imagenología	0	2	Distribución desigual + mucha diferencia entre región este y demás regiones
Rivera	Laboratorio	0	1	IPPE alto
Artigas	Medicina familiar y comunitaria	0	1	Cobertura mínima territorial
Lavalleja	Medicina familiar y comunitaria	0	1	Cobertura mínima territorial
Canelones	Medicina familiar y comunitaria	0	1	IPPE alto + expansión territorial
Maldonado	Medicina intensiva adultos	0	1	Distribución desigual
Tacuarembó	Medicina intensiva adultos	0	1	Distribución desigual
Colonia	Medicina interna	0	1	Distribución desigual
Rocha	Medicina interna	0	1	Distribución desigual
San José	Nefrología	0	1	IPPE alto por Distribución desigual
Maldonado	Nefrología	0	1	DDS (dificultades de acceso) + IPPE
Maldonado	Neonatología	0	1	Distribución desigual
San José	Neonatología	0	1	Distribución desigual
Tacuarembó	Neonatología	0	1	Distribución desigual
Paysandú	Neuropediatría	0	1	Distribución desigual
Rivera	Oncología médica	0	1	IPPE alto por Distribución desigual
Paysandú	Oncología radioterápica	0	1	IPPE alto + centro de referencia regional
Artigas	Pediatría	0	1	DDS (dificultades de acceso)
Rocha	Pediatría	0	1	DDS (falta de profesionales)
Artigas	Psiquiatría	0	1	DDS (dificultades de acceso)
Rivera	Psiquiatría pediátrica	0	1	Distribución desigual
Tacuarembó	Rehabilitación y medicina física	0	1	IPPE alto
San José	Terapia intensiva pediátrica	0	1	Distribución desigual

Anexo 1

Relevamiento cualitativo sobre dificultades de acceso a nivel territorial

1. Actualmente, ¿cuáles son los principales problemas o demandas de salud identificados en el departamento (más frecuentes, graves, con impacto social)?
2. Enumere, entre las opciones listadas, las tres principales causas que podrían explicar los problemas o las dificultades identificadas:
 - Dificultades para atraer profesionales al territorio
 - Alta rotación del personal de salud
 - Insuficiente infraestructura o equipamiento
 - Problemas de organización o coordinación interinstitucional
 - Concentración en sector privado/público
 - Otro (especificar)
3. En relación con los problemas o demandas de salud identificados en el territorio, ¿en qué áreas de atención especializada se observan actualmente mayores dificultades de acceso para la población? En caso de corresponder, puede mencionar hasta tres áreas o tipos de atención especializada, indicando brevemente cuál es la dificultad observada.
4. ¿Existen mecanismos de coordinación interinstitucional para compartir especialistas o servicios dentro del departamento? Especifique cuáles.
5. Puede detallar aquí otras observaciones o comentarios a tener en cuenta a la hora de mejorar el acceso.