



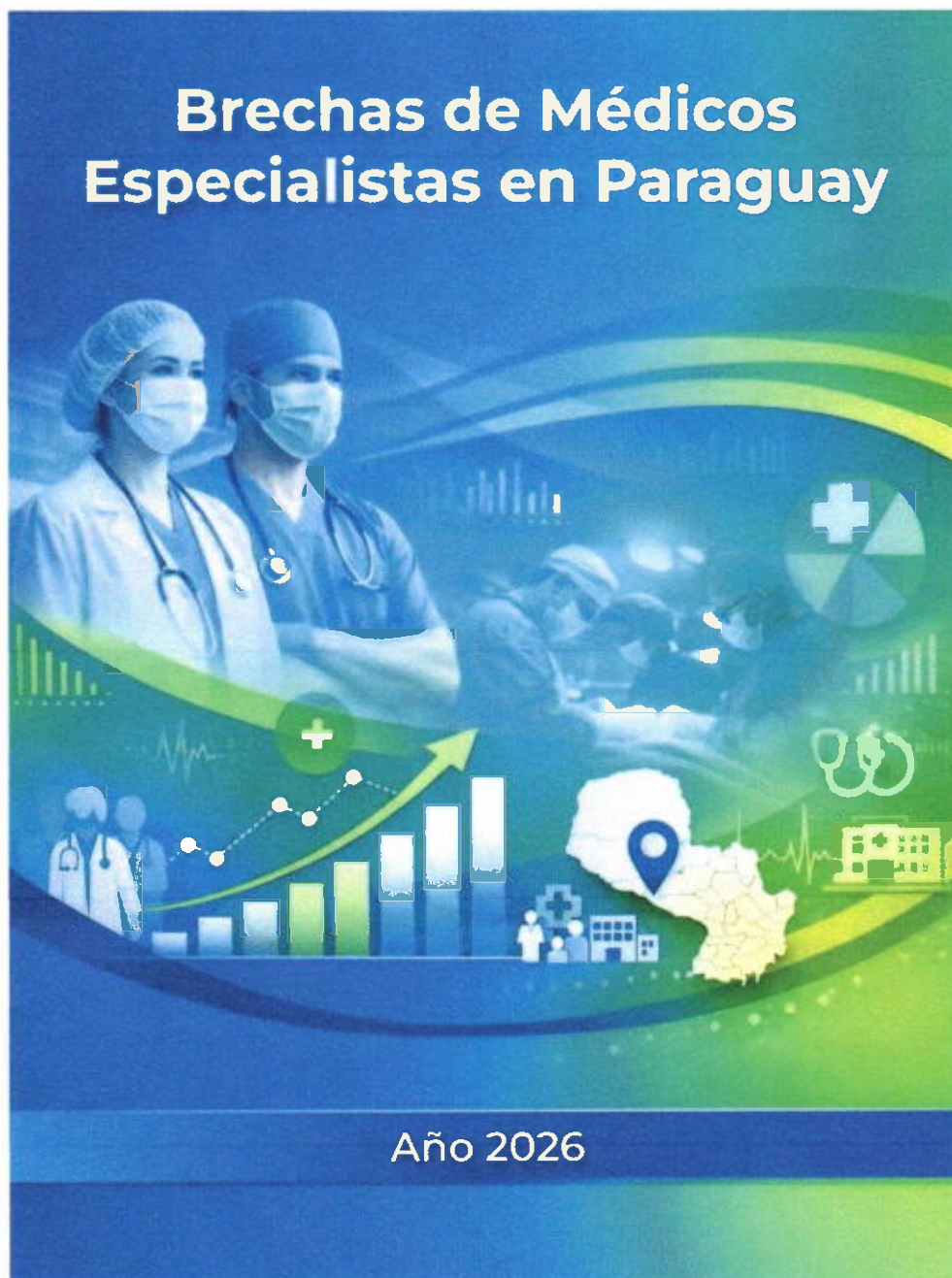
GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO DE
SAUD PUBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL

DIRECCION NACIONAL
ESTRATEGICA DE RECURSOS
HUMANOS EN SAUD



Brechas de Médicos Especialistas en Paraguay



Año 2026


ABO. DALANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. José Ortellado
Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

Dr. Saúl Recalde Ortiz
Viceministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social.

Dra. Gladys Ester Mora Escobar
Directora Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

FICHA TECNICA

ELABORACIÓN DE ESTA PUBLICACIÓN CONTÓ CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE:

DRA. MARIA TERESA BARÁN, MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.
DRA. HAYDEE PADILLA, REPRESENTANTE A. I DE LA OPS/OMS EN PARAGUAY.

REDACCIÓN DEL DOCUMENTO

EQUIPO TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

- DRA. GLADYS MORA.
- DR. DIEGO NUÑEZ.
- DRA. LETICIA SEGOVIA
- LIC. REBECA KOMJATI.
- LIC. KLGO. SANTIAGO FERREIRA.
- LIC. MIRTHA MÉNDEZ.

COOPERACIÓN TÉCNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

- ECON. ALEJANDRA CARRILLO.
- ECON. MICHELLE GUILLOU.
- ING. SERGIO LINCOPAN SALINAS.

VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

REPRESENTANTES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE SERVICIOS Y REDES DE SALUD

- DR. GUSTAVO ORTIZ
- DRA. LIS OVELAR

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

- LIC. JULIO TULLO
- DR. VÍCTOR GÓMEZ
- LIC. MA. JOSÉ LEREA

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

- LIC. HUGO ENCISO
- ECON. ELIZABETH BARRIOS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

- DRA. CRISTINA CABALLERO
- LIC. CAROLINA ÁLVAREZ

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

- DRA. CAROLINA MOLINE.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON DEL DESARROLLO DEL DOCUMENTO:

- HOSPITAL GENERAL DE LUQUE-DIRECCIÓN MÉDICA-MSPBS.
- HOSPITAL GENERAL DE BARRIO OBRERO- DIRECCIÓN MÉDICA -MSPBS.
- HOSPITAL GENERAL DE LAMBARE - DIRECCIÓN MÉDICA -MSPBS.
- HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA- SERVICIO DE PEDIATRÍA-MSPBS.
- HOSPITAL DISTRITAL DE LIMPIO- DIRECCIÓN MÉDICA -MSPBS.
- HOSPITAL DISTRITAL DE MARIANO ROQUE ALONSO- DIRECCIÓN MÉDICA -MSPBS.
- HOSPITAL GENERAL DE LAMBARE
- DIRECCIÓN MÉDICA -MSPBS.
- SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA.
- SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS.
- SOCIEDAD PARAGUAYA DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA.
- SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA GENERAL.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

RESUMEN EJECUTIVO

Brechas de Médicos Especialistas en Paraguay

1. Introducción

El fortalecimiento de los recursos humanos en salud constituye uno de los pilares fundamentales para el funcionamiento eficaz de los sistemas sanitarios. La disponibilidad adecuada de profesionales de salud, particularmente de médicos especialistas, es esencial para garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de atención médica de calidad.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, a través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS), con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), impulsó un trabajo técnico colaborativo en el año 2025 orientada a estimar las brechas de médicos especialistas en el sistema público de salud.

El objetivo principal fue generar evidencia técnica que permita orientar la planificación del recurso humano en salud en el país, particularmente en lo referente a la formación, contratación y distribución de médicos especialistas.

Para ello, se desarrolló un análisis que integra: estimación de la oferta actual de médicos especialistas en el MSPyBS, proyección de la oferta futura de especialistas, estimación de la demanda de atención especializada, cálculo de brechas proyectadas, análisis territorial de la distribución de especialistas, evaluación de escenarios de reducción de brechas.

Los resultados obtenidos constituyen un insumo clave para la toma de decisiones en materia de políticas de recursos humanos en salud.

2. Metodología del estudio

La estimación de brechas de médicos especialistas se realizó mediante un enfoque metodológico basado en la comparación entre la oferta proyectada de especialistas y la demanda estimada de atención especializada.

El análisis se desarrolló a partir de diversas fuentes de información, entre las que se incluyen registros administrativos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, información demográfica nacional y datos provenientes del Sistema nacional de formación de médicos especialistas.

El estudio se centró en un conjunto de **especialidades médicas priorizadas para el funcionamiento del sistema público de salud**, considerando áreas estratégicas para la provisión de servicios hospitalarios y especializados.

La metodología utilizada contempla tres componentes principales:

2.1) Estimación de la oferta de especialistas

Se identificaron la cantidad de médicos especialistas, de las áreas estratégicas consideradas, que cumplen funciones en establecimientos del MSPyBS, y a su vez la cantidad de horas médicas disponibles para la atención de pacientes.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Además, se realizó una estimación de las necesidades de reposición de profesionales a partir del análisis de las salidas recientes de los especialistas del sistema público de salud. Con estos elementos se obtuvo el cálculo de *oferta proyectada*.

2.2) Estimación de la demanda de atención especializada

La demanda de especialistas utilizó la información de horas de médicos especialistas para generar una densidad de horas por población de personas que no cuentan con seguro médico.

Este enfoque permitió calcular la proyección de la cantidad de horas médicas especializadas necesarias para mantener el nivel actual de cobertura de servicios. Con estos elementos se obtuvo el cálculo de *demandada estimada*.

2.3) Proyección de brechas

El cálculo de proyección de la brecha de médicos especialistas para el periodo comprendido entre 2026 y 2028 se realizó a partir de la comparación entre *oferta proyectada* y *demandada estimada*.

De manera global, el análisis de proyección de brechas incluyó la comparación mencionada (*oferta proyectada* y *demandada estimada*) y la inclusión de dos factores que tengan en cuenta el crecimiento poblacional (*necesidades derivadas del crecimiento poblacional*) y la reposición de especialistas (*necesidades de reposición de especialistas que abandonan el sistema público*)

3. Principales resultados del estudio

Los resultados del estudio muestran los factores estructurales relacionados con las brechas en la disponibilidad de médicos especialistas.

Los factores clave identificados son:

- Crecimiento de la población usuaria del sistema público (a partir de la información de población sin seguro médico),
- Salida de especialistas del sistema (a partir de las *necesidades de reposición de especialistas que abandonan el sistema público*) y
- Disponibilidad limitada de profesionales en ciertas especialidades.

Brecha nacional proyectada: Brecha creciente de médicos especialistas en los próximos años

El ejercicio de estimación indica que la brecha total podría alcanzar aproximadamente:

150 especialistas adicionales necesarios en 2026,

180 especialistas adicionales necesarios en 2027,

220 especialistas adicionales necesarios en 2028.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Estos valores muestran una necesidad combinada de reemplazo de especialistas que abandonan el sistema público y dar una respuesta al crecimiento de la demanda de atención especializada.

El análisis realizado estima que el sistema público de salud enfrentará brechas crecientes de médicos especialistas en los próximos años si no se implementan medidas específicas de fortalecimiento del recurso humano.

Importancia de la reposición de especialistas

Uno de los hallazgos clave del estudio mostró que una parte significativa de la brecha proyectada se relaciona con la salida de especialistas del sistema público de salud.

El análisis realizado pone de relieve el hecho de que, si no se implementan mecanismos de reposición de profesionales, el sistema sanitario podría perder una cantidad importante de horas médicas especializadas en los próximos años. Por lo que se enfatiza en el fortalecimiento de las políticas de retención y contratación de especialistas en el sistema público.

Especialidades médicas con mayor déficit

El estudio identifica un conjunto de especialidades que presentan brechas particularmente relevantes para el funcionamiento del sistema público de salud.

Entre las especialidades con mayor déficit proyectado se encuentran:

- anestesiología
- neonatología
- terapia intensiva pediátrica
- ginecología y obstetricia.

Estas especialidades cumplen un rol fundamental en la provisión de servicios hospitalarios y en la atención de situaciones clínicas complejas.

Desigualdades territoriales en la distribución de especialistas

El análisis territorial del estudio evidencia que la distribución de médicos especialistas presenta importantes desigualdades entre diferentes regiones del país.

La mayor parte de los especialistas se concentra en el área metropolitana de Asunción y en los hospitales de mayor complejidad, mientras que varios departamentos presentan una disponibilidad limitada de profesionales especializados.

Estas desigualdades territoriales pueden afectar el acceso de la población a servicios de atención especializada.

4. Escenarios de reducción de brechas

El estudio también diseñó y analizó escenarios relacionados con la reducción de brechas mediante la incorporación de nuevos especialistas al sistema público de salud. Particularmente, el ejercicio


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

consistió en la evaluación del impacto que podría tener la contratación de una proporción de los especialistas egresados del *sistema nacional de formación de médicos especialistas* (programa de residencias médicas).

Los resultados de este ejercicio muestran que la contratación de una proporción significativa de nuevos especialistas podría contribuir a reducir de manera importante las brechas proyectadas. Los resultados de este ejercicio muestran que la contratación de una proporción significativa de nuevos especialistas podría contribuir a reducir de manera importante las brechas proyectadas.

No obstante, el análisis también indica que la incorporación de nuevos especialistas por sí sola no será suficiente para resolver completamente los déficits existentes en algunas especialidades críticas

5. Implicancias para la política pública

Los resultados del estudio sugieren que la reducción de brechas de médicos especialistas requiere una estrategia integral que combine diferentes líneas de acción.

Entre las áreas prioritarias de intervención se destacan:

- fortalecimiento de la planificación de residencias médicas
- mejora de los mecanismos de contratación de especialistas en el sistema público
- implementación de políticas de retención de profesionales
- desarrollo de estrategias para mejorar la distribución territorial de especialistas.

La implementación coordinada de estas estrategias podría contribuir a fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de la población.

6. Consideraciones finales

El presente estudio constituye un esfuerzo por generar evidencia técnica que permita orientar la planificación del recurso humano en salud en el país, y especialmente relacionada con la brecha de médicos especialistas.

El ejercicio global de estimación de brechas de médicos especialistas proporciona información relevante para el desarrollo de políticas de reducción efectiva de las brechas, que sean sostenidas en el tiempo y que, a su vez, se encuentren coordinadas con diversas instituciones del sector salud, sistema de formación médica especializada y aquellas instituciones encargadas de la planificación de los recursos humanos en salud.

El fortalecimiento del recurso humano en salud constituye un elemento fundamental para garantizar el acceso de la población a servicios de atención especializada y mejorar la capacidad del sistema sanitario para responder a los desafíos actuales y futuros.



ABG. DAIANA GARCÍA
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO.....	2
Brechas de Médicos Especialistas en Paraguay.....	5
CAPÍTULO 1	14
INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	14
1.1. Antecedentes	14
1.2. Propósito del documento.....	14
1.3. Enfoque conceptual	15
1.4. Estructura del documento.....	15
1.5. Consideraciones metodológicas clave.....	16
1.6. Alcance del estudio	16
CAPÍTULO 2	17
CONTEXTO SANITARIO Y DEL SISTEMA DE SALUD EN PARAGUAY	17
2.1 Organización general del sistema de salud	17
2.2 Población objetivo del sistema público.....	17
2.3 Red de servicios del Ministerio de Salud Pública	18
2.4 Importancia estratégica de los Recursos Humanos en Salud (RHS).....	19
2.5 Necesidad de estimar brechas de especialistas.....	19
2.6 Experiencias internacionales en estimación de brechas.....	20
2.7 Limitaciones de los sistemas de información disponibles	20
2.8 Alcance del análisis de brechas.....	20
2.9 Importancia estratégica para la planificación sanitaria.....	21
CAPÍTULO 3	22
METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE BRECHAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS PRIORIZADOS EN PARAGUAY	22
3.1 Enfoque metodológico general	22
3.2 Definición operativa de brecha	22
3.3 Componentes de la brecha total.....	22
3.4 Unidad de análisis: horas médicas vs número de médicos.....	23
3.5 Construcción de la oferta de especialistas	23
3.6 Estimación del flujo de salidas (brecha de reemplazo).....	25
3.7 Proyección de la oferta de especialistas	26
3.8 Estimación de la demanda de especialistas	29
3.9 Aclaración crítica sobre interpretación de resultados	30
3.10 Tratamiento de valores negativos (superávits)	30
3.11 Cálculo de brechas	31

3.12 Diferencia entre valores incrementales y acumulados	31
3.13 Alcance y limitaciones de la metodología	31
3.14 Valor estratégico del enfoque	32
CAPÍTULO 4	33
ANÁLISIS DE LA OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS.....	33
4.1 Introducción	33
4.2 Fuentes de información utilizadas	33
4.3 Especialidades incluidas en el análisis.....	34
4.4 Línea de base de especialistas en el MSPyBS.....	35
4.5 Horas médicas disponibles (Capacidad instalada expresada en horas médicas).....	35
4.6 Análisis del Subregistro de especialidades.....	36
4.7 Distribución territorial de especialistas.....	38
4.8 Edad y dinámica laboral de los especialistas.....	39
4.9 Importancia estratégica de la oferta actual para la planificación sanitaria	40
4.10 Síntesis de los principales aportes del análisis de oferta	40
CAPÍTULO 5	41
ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS.....	41
5.1 Introducción	41
5.2 Concepto de demanda de especialistas.....	41
5.3 Metodologías posibles para estimar la demanda de profesionales.....	41
La literatura especializada describe diversas metodologías utilizadas a nivel internacional para estimar la demanda de profesionales de salud. Entre las más utilizadas se encuentran:	41
5.4 Metodología adoptada en el estudio	42
5.5 Definición de la Población de Referencia	43
Nota: Alto Paraguay y Boquerón no forman parte de la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC). Se les asignó el porcentaje promedio nacional de 73,5 sin seguro médico.....	45
5.6 Cálculo de la densidad base de especialistas.....	45
5.7 Proyección de la población objetivo	52
5.8 Estimación de horas médicas requeridas.....	54
5.9 Interpretación de los resultados de demanda	54
5.10 Tratamiento de los valores negativos.....	55
5.11 Limitaciones del enfoque de densidad poblacional.....	55
5.12 Justificación del enfoque adoptado	55
5.13 Valor estratégico para la planificación sanitaria.....	56
CAPÍTULO 6	57

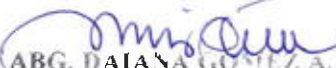

 ABG. DAIANA GÓMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

CÁLCULO DE LAS BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS.....	57
6.1 Introducción	57
6.2 Definición de brecha de especialistas	58
6.3 Interpretación del resultado de la brecha	59
6.4 Unidad de medida utilizada	62
6.5 Conversión de horas médicas a número de especialistas	62
6.6 Año base del análisis	63
6.7 Periodo de proyección	63
6.8 Estimación de Brechas por especialidad médica	64
6.9 Brechas acumuladas.....	65
6.10 Brechas territoriales.....	65
6.11 Valor estratégico del análisis de brechas	66
6.12 Importancia estratégica del análisis de brechas	66
CAPÍTULO 7	67
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE BRECHAS A NIVEL NACIONAL.....	67
7.1 Introducción	67
7.2 Consideraciones metodológicas indispensables para interpretar los resultados	67
7.3 Brecha nacional de reemplazo	68
7.4 Brecha nacional por densidad poblacional	69
7.5 Brecha nacional total.....	70
7.6 Lectura sustantiva del resultado nacional.....	73
7.7 Resultados nacionales bajo un escenario de contratación de nuevos egresados	73
Figura 13. Proyección de la necesidad adicional de Médicos de 2026 a 2030 para mantener la densidad de la oferta observada en 2025, por especialidad priorizada - Médicos con 1 vínculo de 12 horas.....	74
7.9 Resultados nacionales de brechas de médicos especialistas priorizados	75
7.10 Cierre del capítulo.....	76
CAPÍTULO 8	77
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE BRECHAS A NIVEL DEPARTAMENTAL.....	77
8.1 Introducción	77
8.2 Marco metodológico del análisis territorial	77
8.3 Consideraciones sobre la interpretación de las brechas territoriales.....	77
8.4 Concentración de especialistas en el área metropolitana	78
8.5 Departamentos con menor disponibilidad de especialistas	78
8.6 Desigualdad territorial en el acceso a especialidades críticas	79
8.7 Impacto de los hospitales de referencia	80


 ABG. DAYANA GÓNEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

8.8 Limitaciones del análisis territorial	80
8.9 Importancia del análisis territorial para la planificación del sistema de salud	80
8.10 Síntesis del análisis territorial.....	81
CAPÍTULO 9	82
ESCENARIOS DE REDUCCIÓN DE BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	82
9.1 Introducción	82
9.2 Supuestos utilizados para los escenarios de simulación	83
9.5 Especialidades que podrían alcanzar equilibrio	84
9.7 Importancia de la retención de especialistas	84
9.9 Implicancias para la política pública.....	85
9.10 Síntesis del capítulo.....	85
CAPÍTULO 10	86
RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO: ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL MSPyBS	86
10.1 Introducción	86
10.3 Diseño de la encuesta	86
10.4 Participación en la encuesta.....	87
10.5 Principales factores asociados a la permanencia en el sistema público	87
10.6 Factores asociados a la salida del sistema público.....	87
10.7 Condiciones laborales de los especialistas	88
10.8 Relación entre condiciones laborales y retención de especialistas	88
10.9 Vinculación entre resultados cualitativos y análisis de brechas	88
10.10 Limitaciones del componente cualitativo	88
10.11 Síntesis del capítulo.....	89
CAPÍTULO 11	90
IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CRÍTICAS PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD... 90	
11.1 Introducción	90
11.2 Criterios utilizados para identificar especialidades críticas.....	90
11.3 Especialidades con mayor déficit proyectado	91
11.4 Anestesiología	91
11.5 Medicina crítica	91
11.6 Neonatología	91
11.7 Terapia intensiva pediátrica	92
11.8 Ginecología y obstetricia	92
11.9 Especialidades con menor presión de brecha.....	92
11.10 Importancia de un enfoque estratégico en la planificación de especialidades	92

11.11 Vinculación con políticas de formación médica especializada.....	92
11.12 Síntesis del capítulo.....	93
CAPÍTULO 12	94
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD ...	94
12.1 Introducción	94
12.2 Principales conclusiones del estudio.....	94
12.3 Implicancias para la planificación del recurso humano en salud.....	96
12.4 Recomendaciones para la política pública	96
12.5 Consideraciones finales.....	97


 ABG. DAIANA GONZÁLEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

1.1. Antecedentes

En el marco de la cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Gobierno de Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), a través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS), impulsó en el año 2025 un proceso técnico orientado a la **estimación de brechas de médicos especialistas en el sector público de salud**. El proceso técnico se desarrolló entre junio y noviembre de 2025.

Las especialidades médicas priorizadas para el estudio fueron:

- **Primarias (troncales):**
Clínica Médica, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Familiar
- **Derivadas (subespecialidades) priorizadas:**
Oncología Clínica, Psiquiatría, Anestesiología, Medicina Crítica y Terapia Intensiva (adultos y pediátrica), Neonatología, Cardiología

Objetivo general:

Generar evidencia para la planificación de Recursos Humanos en Salud (RHS) mediante la estimación de médicos en especialidades primarias (troncales) y derivadas priorizadas.

Objetivos específicos:

- 1) Estimar la oferta proyectada de médicos de especialidades primarias y derivadas a nivel nacional y departamental.
- 2) Estimación de la demanda de médicos de especialidades primarias y derivadas a nivel nacional y departamental.
- 3) Presentar escenarios de reducción de brechas de médicos especialistas.

1.2. Propósito del documento

El documento se comporta como un instrumento técnico-estratégico con intención didáctica-institucional, pues provee la base metodológica aplicada en el contexto de la consultoría para generar algunos escenarios de política pública relacionada a médicos especialistas para la toma de decisiones. En cuanto a la didáctica prevista, el documento presenta los resultados de las estimaciones realizadas y organizadas en capítulos que detallan los elementos de cálculo, posteriormente los análisis de brechas identificadas, y finalmente una presentación de ciertos escenarios relacionados con la reducción de brechas de médicos especialistas. El impacto esperado para este documento tiene un doble propósito:


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

a) Técnico—estratégico

- Proveer una base metodológica sólida para la planificación de RHS
- Generar escenarios de política pública
- Apoyar la toma de decisiones en: formación, contratación, distribución territorial de especialistas

b) Didáctico—Institucional

- Facilitar la comprensión del proceso de estimación de brechas.
- Posicionar el documento como referencia bibliográfica por parte de: autoridades sanitarias, equipos técnicos, academia, cooperación internacional.

1.3. Enfoque conceptual

El estudio realizado en el contexto de la planificación de los recursos humanos en salud parte de la premisa que enfatiza que las estimaciones de brechas no deberán entenderse como cifras absolutas, sino como instrumentos analíticos que permiten construir escenarios que tienden a apoyar la toma de decisiones.

En este sentido, la evidencia internacional (OMS, OCDE) demuestra que la estimación de brechas de los sistemas de salud más avanzados ha evolucionado progresivamente, partiendo de metodologías simples (como densidades poblacionales) hacia modelos más complejos (basados en uso de servicios y carga de enfermedad).

El presente estudio representa un primer ejercicio de primer nivel de madurez metodológica, con alto valor estratégico para el país.

1.4. Estructura del documento

El documento se organiza en capítulos con los siguientes bloques:

1. Contexto sanitario y del sistema de salud
2. Metodología de estimación de brechas
3. Análisis de la oferta de especialistas
4. Estimación de la demanda (densidad poblacional)
5. Cálculo de brechas (reemplazo + demanda)
6. Resultados nacionales y departamentales
7. Simulación de escenarios de reducción de brechas
8. Análisis cualitativo (encuesta a informantes clave)
9. Análisis de especialidades priorizadas


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

10. Recomendaciones estratégicas

1.5. Consideraciones metodológicas clave

El estudio adopta dos enfoques principales: El estudio se enfoca principalmente en dos tipos de brechas que orientan la presentación de resultados: 1) *brechas de reemplazo*, basadas en las salidas de médicos del sistema por diversas causas (jubilación, renuncia, migración, etc.), 2) *brechas por crecimiento poblacional*, basadas en la densidad de horas médicas por 100.000 habitantes sin seguro médico.

El resultado principal de brecha total proyectada consiste en una integración de los dos tipos de brechas (*brechas de reemplazo y brechas por crecimiento poblacional*).

En cuanto a la *brecha de crecimiento poblacional*, es importante destacar que la población objetivo es la población del país que no tiene seguro médico (*población sin seguro médico*). La selección de la población objetivo se fundamenta en las estadísticas nacionales (INE) donde muestra que esta *población sin seguro médico* representa al 73.5% de la población nacional, por lo que dependería exclusivamente del MSPyBS para su atención, y permite calcular la carga asistencial pública a través del ejercicio de estimación.

1.6. Alcance del estudio

El análisis de resultados de la proyección de las doce (12) especialidades médicas priorizadas del sector público (MPSyBS) con ciertas referencias al IPS contempla los niveles nacional y departamental, para el periodo 2026-2028 (relacionado con el *objetivo general*) con un ejercicio de proyecciones ampliadas para el periodo 2030-2035.


ABG. DAIANA GOVEZA
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 2

CONTEXTO SANITARIO Y DEL SISTEMA DE SALUD EN PARAGUAY

2.1 Organización general del sistema de salud

El sistema de salud del Paraguay se caracteriza por una **estructura segmentada y fragmentada**, compuesta por múltiples subsistemas que operan de manera parcialmente independiente en términos de financiamiento, provisión de servicios y población cubierta.

Entre los principales componentes del sistema se encuentran:

- **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)**
Responsable de la rectoría sanitaria nacional y principal proveedor de servicios de salud para la población sin cobertura de seguro médico.
- **Instituto de Previsión Social (IPS)**
Entidad de seguridad social que brinda atención sanitaria a trabajadores formales y sus familias.
- **Sector privado de salud**
Conformado por prestadores privados, seguros médicos y sanatorios.
- **Otros subsistemas públicos**
Incluyen servicios sanitarios dependientes de:
 - Fuerzas Armadas
 - Policía Nacional
 - Universidades públicas
 - otras instituciones estatales.

Si bien los subsistemas de salud coexisten entre sí, el MSPyBS constituye el principal proveedor de atención sanitaria para la mayor parte de la población del país, especialmente para la población sin seguro médico

2.2 Población objetivo del sistema público

De acuerdo con las estimaciones utilizadas en la consultoría, aproximadamente: **73,5 % de la población paraguaya no cuenta con seguro médico.**

Este grupo poblacional constituye la principal población usuaria del sistema público de salud, particularmente de la red de servicios del MSPyBS.

En consecuencia, para la estimación de brechas de médicos especialistas se definió como población de referencia a **la población sin seguro médico**, entendida como la población que depende principalmente de los servicios de salud provistos por el MSPyBS.

Justificación de esta decisión metodológica

Esta decisión responde a varias razones técnicas:

1. Permite estimar de forma más realista la carga asistencial que enfrenta el sistema público.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

2. Evita sobreestimar la demanda potencial de especialistas que podría derivarse de considerar la población total.
3. Se alinea con recomendaciones metodológicas utilizadas en estudios internacionales de planificación de recursos humanos en salud.

No obstante, debe señalarse que la segmentación del sistema sanitario paraguayo genera interacciones entre subsistemas, ya que en la práctica:

- pacientes con seguro también utilizan servicios del MSPyBS,
- pacientes sin seguro acceden ocasionalmente al sector privado.

Por tanto, la estimación basada en población sin seguro representa una aproximación técnica operativa, aunque no refleja de manera perfecta la totalidad de los flujos reales de atención sanitaria.

2.3 Red de servicios del Ministerio de Salud Pública

La red de servicios del MSPyBS está organizada en distintos niveles de complejidad asistencial, en concordancia con el modelo de atención basado en la **Atención Primaria de Salud (APS)**.

De acuerdo con el **Manual de Organización del Primer Nivel de Atención 2025** la estructura general del sistema sanitario público se organiza en:

Primer nivel de atención

Incluye los servicios de salud de carácter ambulatorio y comunitario, orientados a la promoción, prevención y resolución de problemas de salud de baja complejidad.

Los principales establecimientos son:

- Unidades de Salud de la Familia (USF)
- Puestos de salud
- Centros de salud
- Policlínicas

En este nivel se concentran fundamentalmente médicos generalistas y especialistas en **medicina familiar**, quienes constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario.

Segundo nivel de atención

Corresponde a servicios hospitalarios de **complejidad intermedia**, que brindan atención especializada básica.

Incluye hospitales distritales y regionales con especialidades clínicas como:

- clínica médica
- pediatría
- ginecología y obstetricia


ABG. DAIANA GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- cirugía general
- anestesiología

Tercer nivel de atención

Está conformado por hospitales de **alta complejidad**, con mayor capacidad tecnológica y presencia de subespecialidades.

En este nivel se concentran:

- terapias intensivas
- especialidades quirúrgicas complejas
- subespecialidades médicas
- servicios altamente especializados.

2.4 Importancia estratégica de los Recursos Humanos en Salud (RHS)

La disponibilidad, distribución y competencias de los recursos humanos en salud constituyen uno de los determinantes principales del desempeño de los sistemas sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado reiteradamente que:

Los sistemas de salud solo pueden funcionar eficazmente cuando cuentan con suficiente personal sanitario adecuadamente distribuido, capacitado y motivado.

En el caso de Paraguay, los resultados del estudio y análisis que se encuentran en la Política Nacional de Recursos Humanos de Salud del Paraguay 2020-2030 y el Diagnóstico de RHS 2022 de la DNERHS muestran los desafíos en materia de RHS como son: la insuficiencia de médicos especialistas en determinadas áreas, la desigualdad territorial en la distribución de los RHS, concentración de médicos especialistas en áreas urbanas, una posible limitación en la capacidad formativa de médicos especialistas y/o la migración de profesionales médicos. Por lo que, el análisis global de las brechas entre la oferta disponible de médicos especialistas requiere recordar la premisa principal que las cifras no pueden ser analizadas de forma aislada.

Estas problemáticas generan brechas entre la oferta disponible de especialistas y las necesidades reales de atención sanitaria de la población.

2.5 Necesidad de estimar brechas de especialistas

La planificación adecuada de Recursos Humanos en Salud (RHS) requiere contar con **estimaciones técnicas confiables sobre la oferta existente y la demanda futura de profesionales de salud**.

En este contexto, el concepto de **brecha de recursos humanos** se refiere a:

La diferencia entre el número de profesionales disponibles y el número de profesionales requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población.

La estimación de estas brechas permite:

- orientar políticas de formación médica especializada
- planificar contratación y distribución de especialistas
- priorizar especialidades críticas
- definir estrategias de fortalecimiento del sistema sanitario.

2.6 Experiencias internacionales en estimación de brechas

La planificación de recursos humanos en salud es un desafío global. Diversos países y organismos internacionales han desarrollado metodologías para estimar brechas de personal sanitario.

Entre las aproximaciones más utilizadas se encuentran:

1. Modelos basados en densidad poblacional
2. Modelos basados en utilización de servicios
3. Modelos basados en carga de enfermedad
4. Modelos basados en estándares de servicios

Cada uno presenta ventajas y limitaciones, y su aplicabilidad depende en gran medida de la **disponibilidad y calidad de los sistemas de información sanitarios**.

2.7 Limitaciones de los sistemas de información disponibles

En el periodo de desarrollo del trabajo se identificaron limitaciones relacionadas a la disponibilidad de datos para aplicar metodologías de estimación de brechas más complejas como los modelos basados en uso de servicios, carga de enfermedad y/o demanda real de atención especializada

Las principales limitaciones incluyen: ausencia de registros sistemáticos de producción de datos

El estudio consideró las limitaciones y ajustó la metodología a las condiciones de información del país para aplicar una metodología basada en *densidad de especialistas por población*

2.8 Alcance del análisis de brechas

El análisis desarrollado en el trabajo se enfocó en:

- especialidades médicas priorizadas
- sector público de salud
- nivel nacional y departamental
- proyecciones de corto y mediano plazo

El estudio abarca principalmente el periodo **2026–2028**, con proyecciones extendidas hacia años posteriores para análisis de escenarios.


ABG. DAIANA GONZALEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

2.9 Importancia estratégica para la planificación sanitaria

Los resultados de este estudio constituyen un insumo fundamental para:

- el diseño de políticas de formación de especialistas
- la planificación de concursos y contrataciones
- la definición de incentivos para redistribución territorial
- la coordinación con el sistema universitario
- la planificación presupuestaria en recursos humanos en salud

Asimismo, los resultados contribuyen a fortalecer la implementación de instrumentos estratégicos nacionales, entre ellos:

- la Política Nacional de Recursos Humanos en Salud
- los planes de fortalecimiento del sistema de salud
- las estrategias de desarrollo de la Atención Primaria de Salud.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE BRECHAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS PRIORIZADOS EN PARAGUAY

3.1 Enfoque metodológico general

La estimación de brechas de médicos especialistas en Paraguay se desarrolló a partir de un enfoque **mixto, progresivo y adaptado a la disponibilidad de información nacional**, combinando:

1. **Análisis de la oferta actual y proyectada de especialistas**
2. **Estimación de la demanda mediante densidades poblacionales**
3. **Cálculo de brechas resultantes**
4. **Simulación de escenarios de reducción de brechas**

Este enfoque responde a estándares internacionales de planificación de recursos humanos en salud, los cuales establecen que:

En contextos con limitaciones de información, es recomendable iniciar con metodologías basadas en densidad poblacional, avanzando progresivamente hacia modelos más complejos.

3.2 Definición operativa de brecha

A los efectos de este estudio se define como *brecha de médicos especialistas* a la diferencia entre la oferta disponible de médicos especialistas (expresada en número de profesionales o en horas semanales) y la necesidad estimada de dichos especialistas para cubrir adecuadamente a la población objetivo.

Oferta disponible de médicos especialistas – Necesidad estimada de médicos especialistas

3.3 Componentes de la brecha total

La estructura de la *brecha total* resulta de dos dimensiones: *brecha de reemplazo* y *brecha por crecimiento de la demanda* (densidad poblacional). Es importante mencionar sus diferencias:

1. Brecha de reemplazo

Corresponde a la pérdida de especialistas debido a salidas del sistema de salud, tales como:

- jubilación
- renuncia
- migración
- cambio de sector
- fallecimiento
- incapacidad


ABG. D. AIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Representa una **pérdida de capacidad instalada existente**.

2. Brecha por crecimiento de la demanda (densidad poblacional)

Corresponde al aumento de necesidades de atención derivado de:

- crecimiento poblacional
- cambios demográficos (envejecimiento)
- cambios epidemiológicos

Representa una **demandas adicionales de servicios de salud**.

3. Brecha total

Se define como:

$$\text{Brecha total} = \text{Brecha de reemplazo} + \text{Brecha por densidad poblacional}$$

3.4 Unidad de análisis: horas médicas vs número de médicos

Un aspecto metodológico central del estudio es que las estimaciones se realizaron en dos niveles:

a) Horas médicas semanales

- Unidad primaria de análisis
- Refleja con mayor precisión la capacidad real de atención

b) Número de médicos

- Conversión de horas a profesionales
- Considerando dos escenarios:
 - **1 vínculo:** 12 horas semanales
 - **2 vínculos:** 24 horas semanales

3.5 Construcción de la oferta de especialistas

3.5.1 Línea de base (año 2025)

La oferta inicial se construyó a partir de la base de datos de Recursos Humanos del MSPyBS (con corte hasta julio 2025), y el Registro del SIREPRO del MSPyBS (con corte hasta abril 2025)

Procesos realizados sobre ambas bases de datos:

1. Homologación de títulos y especialidades
2. Selección de 12 especialidades priorizadas


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

3. Exclusión de:

- médicos residentes
- pasantes rurales
- cargos exclusivamente administrativos

4. La oferta inicial corresponde al

5. Cálculo de:

- número de médicos
- horas semanales totales
- promedio de horas por profesional

Tabla 1. Línea de base de la oferta disponible de especialistas activos en el MSPyBS (año 2025).

ID	Especialidad priorizada (Res. N°314)	N° de médicos activos en el MSPyBS (año n)	N° horas semanales disponibles al año n (stock inicial)	N° horas semanales promedio por médico
1	Anestesiología	366	10.828	29,58
2	Cardiología	93	2.404	25,85
3	Cirugía General	370	12.124	32,77
4	Ginecología y Obstetricia	770	25.388	32,97
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	215	6.927	32,22
6	Medicina Familiar	1.138	39.456	34,67
7	Medicina Interna	471	15.021	31,89
8	Neonatología	72	2.394	33,25
9	Oncología Clínica	54	1.624	30,07
10	Pediatría	1.027	34.215	33,32
11	Psiquiatría	101	2.966	29,37
12	Terapia Intensiva Pediátrica	55	1.730	31,45
TOTAL		4.732	155.077	32,77


 ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

3.5.2 Consideración crítica: subregistro de especialidades

Es importante mencionar que el tratamiento previo de ambas bases de datos permitió identificar que:

- **1.932 médicos no tenían su especialidad registrada en el SIREPRO**
- De ellos, **1.562 pertenecían a especialidades priorizadas por este estudio.**

La decisión metodológica fue incluir a estos profesionales en la estimación como parte de la oferta efectiva, considerando que ejercen funciones especializadas.

Esto puede generar sobreestimación leve de la oferta formal, pero evita subestimar la capacidad real del sistema.

3.6 Estimación del flujo de salidas (brecha de reemplazo)

Se analizaron dos cortes de base de datos disponibles para salidas de médicos con fechas de corte de diciembre 2023 y julio 2025.

Resultados. Tras el análisis, se encontró que:

- 386 médicos salieron del MSPyBS
- De los cuales 138 correspondían a especialidades priorizadas

El Promedio anual mostró que:

- **89 médicos especialistas salen por año**
- equivalente a:
 - **2.862 horas semanales perdidas por año**
 - **aproximadamente 2% del total de la dotación**

3.6.1 Proyección de salidas

A continuación, se realizó la proyección de las salidas donde se asumió que:

El patrón observado entre 2023–2025 se mantendría constante para el período 2026–2028.

Limitación importante. Sin embargo, el hecho de aceptar esta constante conlleva a dos limitaciones puesto que:

- No se dispone de información detallada sobre las causas de las salidas.
- No se modelan cambios futuros en: jubilaciones masivas, políticas laborales y/o migración.

Tabla 2. Salidas proyectadas totales del MSPyBS 2026 - 2028 (N° horas semanales perdidas por salidas)

ID	Especialidad priorizada (Res. N°314)	N° Salidas totales del MSPyBS 2026	N° Salidas totales del MSPyBS 2027	N° Salidas totales del MSPyBS 2028	N° de horas semanales perdidas por salidas 2026	N° de horas semanales perdidas por salidas 2027	N° de horas semanales perdidas por salidas 2028
1	Anestesiología	9	9	9	266	266	266
2	Cardiología	4	4	4	103	103	103
3	Cirugía General	8	8	8	262	262	262
4	Ginecología y Obstetricia	20	20	20	659	659	659
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	3	3	3	97	97	97
6	Medicina Familiar	8	8	8	277	277	277
7	Medicina Interna	13	13	13	415	415	415
8	Neonatología	1	1	1	33	33	33
9	Oncología Clínica	0	0	0	0	0	0
10	Pediatría	17	17	17	566	566	566
11	Psiquiatría	3	3	3	88	88	88
12	Terapia Intensiva Pediátrica	3	3	3	94	94	94

3.7 Proyección de la oferta de especialistas

La proyección de oferta de especialistas utilizó dos escenarios relacionados con la formación de médicos especialistas egresados CONAREM y el porcentaje de contratación del MSPyBS.

Los dos escenarios contruidos son:

Escenario 1: contratación del 100% de egresados CONAREM

Supuestos:

- Se mantiene tasa de salidas
- Todos los nuevos especialistas son contratados
- Cada uno con 24 horas semanales

Resultados:

- +5,5% de horas en 2026
- +12,2% en 2027
- +20,8% en 2028


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 3. Escenario 1 del flujo proyectado de nuevos egresados para la contratación del 100% de egresados CONAREM.

Supuesto: MSPyBS contrata a la totalidad de los egresados de la CONAREM.

ID	Especialidad priorizada (Res. N°314)	N° de nuevos egresados CONAREM (2026)	N° de nuevos egresados CONAREM (2027)	N° de nuevos egresados CONAREM (2028)	Total nuevos egresados CONAREM 2026-2028	Supuesto : contratación por 2 vínculos de 12 horas cada 1	Horas aportadas por nuevos egresados 2026	Horas aportadas por nuevos egresados 2027	Horas aportadas por nuevos egresados 2028	Total horas aportadas por nuevos egresados (2026-2028)
1	Anestesiología	16	17	25	58	24	384	408	600	1.392
2	Cardiología	11	10	12	33	24	264	240	288	792
3	Cirugía General	40	44	61	145	24	960	1.056	1.464	3.480
4	Ginecología y Obstetricia	52	62	49	163	24	1.248	1.488	1.176	3.912
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	5	31	24	60	24	120	744	576	1.440
6	Medicina Familiar	150	155	205	510	24	3.600	3.720	4.920	12.240
7	Medicina Interna	92	94	123	309	24	2.208	2.256	2.952	7.416
8	Neonatología	2	13	11	26	24	48	312	264	624
9	Oncología Clínica	4	8	9	21	24	96	192	216	504
10	Pediatría	93	99	135	327	24	2.232	2.376	3.240	7.848
11	Psiquiatría	5	12	14	31	24	120	288	336	744
12	Terapia Intensiva Pediátrica	2	9	10	21	24	48	216	240	504

Esta tabla muestra el flujo proyectado de nuevos egresados entre n y n+x bajo los siguientes supuestos: 1) 0% renuncia en la formación, 2) 100% contratación por el MSPyBS 3) n° de horas semanales igual 2 vínculos de 12 horas cada 1 = 24 horas.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Escenario 2: contratación del 50% de egresados CONAREM

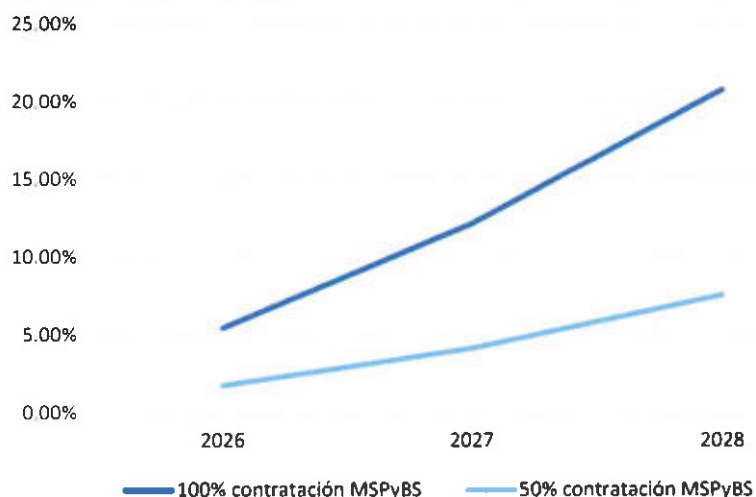
Supuestos:

- Basado en comportamiento histórico real
- Contratación parcial
- 24 horas por profesional

Resultados:

- +1,8% en 2026
- +4,2% en 2027
- +7,6% en 2028

Gráfico 01. Distribución del porcentaje de contratación de egresados CONAREM según escenarios



Fuente: Elaboración propia. Datos proporcionados por la CONAREM.

Aclaración clave:

Se observa un aumento en las contrataciones de egresados CONAREM considerando ambos escenarios.

Comparando ambos escenarios, este segundo escenario es considerado el más realista desde el punto de vista operativo y presupuestario.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 4. Escenario 2 del flujo proyectado de nuevos egresados para la contratación del 100% de egresados CONAREM.

Supuesto: MSPyBS contrata al 50% de los especialistas que salen cada año de la CONAREM.

ID		N° de nuevos egresados CONAREM (2026)	N° de nuevos egresados CONAREM (2027)	N° de nuevos egresados CONAREM (2028)	Total nuevos egresados CONAREM 2026-2028	Supuesto: contratación por 2 vínculos de 12 horas cada 1	Horas aportadas por nuevos egresados 2026	Horas aportadas por nuevos egresados 2027	Horas aportadas por nuevos egresados 2028	Total horas aportadas por nuevos egresados (2026-2028)
1	Anestesiología	8	9	13	29	24	192	204	300	696
2	Cardiología	6	5	6	17	24	132	120	144	396
3	Cirugía General	20	22	31	73	24	480	528	732	1.740
4	Ginecología y Obstetricia	26	31	25	82	24	624	744	588	1.956
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	3	16	12	30	24	60	372	288	720
6	Medicina Familiar	75	78	103	255	24	1.800	1.860	2.460	6.120
7	Medicina Interna	46	47	62	155	24	1.104	1.128	1.476	3.708
8	Neonatología	1	6	5	12	24	24	132	120	276
9	Oncología Clínica	2	4	5	11	24	48	96	108	252
10	Pediatría	47	50	68	164	24	1.116	1.188	1.620	3.924
11	Psiquiatría	3	6	7	16	24	60	144	168	372
12	Terapia Intensiva Pediátrica	1	5	5	11	24	24	108	120	252

Esta tabla muestra el flujo proyectado de nuevos egresados entre n y n+x bajo los siguientes supuestos: 1) 0% renuncia en la formación, 2) 50% contratación por el MSPyBS 3) n° de horas semanales igual 2 vínculos de 12 horas cada 1 = 24 horas.

3.8 Estimación de la demanda de especialistas

3.8.1 Metodología adoptada

Se utilizó la metodología de: **densidad de horas médicas por 100.000 habitantes sin seguro médico.**

El cálculo de la demanda de especialistas consistió en el cálculo de la densidad de horas médicas por 100.000 habitantes sin seguro médico. Esta decisión metodológica se fundamenta en limitaciones de información sobre prestaciones, ausencia de datos de listas de espera y falta de series históricas completas.

3.8.2 Justificación

Se seleccionó esta metodología debido a:

- limitaciones de información sobre prestaciones
- ausencia de datos de listas de espera
- falta de series históricas completas


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

3.8.3 Procedimiento metodológico

Figura 2. Pasos para la estimación de la Demanda de especialistas

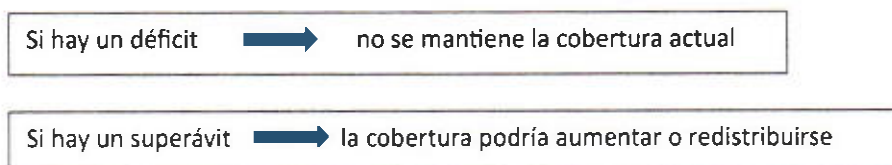
En esta figura se presentan los pasos utilizados para estimar la cobertura de 2025.



3.9 Aclaración crítica sobre interpretación de resultados

Este es uno de los puntos más importantes del documento: **la metodología utilizada permite estimar si el sistema podrá mantener el nivel de cobertura observado en 2025.**

Implicaciones: el resultado de la estimación permitió analizar la cobertura actual en términos de déficit o superávit.



Pero, la existencia de déficit y/o superávit:

- No implica que la cobertura actual sea suficiente.
- No mide calidad ni resultados en salud.

3.10 Tratamiento de valores negativos (superávits)

A nivel metodológico, en algunos casos la proyección de algunas especialidades en ciertos departamentos (ej. pediatría o Asunción) se asoció a valores negativos (disminución de demanda), entendidos como superávits.

Decisión metodológica: **los valores negativos se ajustaron a cero.**

Justificación:

Es decir, se decidió ajustar tales valores negativos a cero para evitar interpretaciones de “reducción de personal”, mantener la estabilidad del sistema y facilitar el análisis de políticas públicas.

Es importante interpretar tal decisión metodológica como una cuestión técnica arbitraria que no necesariamente refleja el resultado natural del modelo de estimación.

3.11 Cálculo de brechas

Se aplicaron los siguientes pasos:

1. Calcular necesidades futuras (densidad)
2. Restar oferta proyectada
3. Incorporar salidas (reemplazo)
4. Obtener brecha total

3.12 Diferencia entre valores incrementales y acumulados

Aclaración clave para evitar confusión (armonización total):

En los documentos originales se presentan dos tipos de valores:

a) Incrementales

- Necesidad adicional año a año
- Ejemplo:
 - 2026: +739 horas
 - 2027: +716 adicionales

b) Acumulados

- Suma progresiva desde el año base
- Ejemplo:
 - 2027: 1.455 horas totales
 - 2028: 2.411 horas totales

3.13 Alcance y limitaciones de la metodología**Fortalezas**

- Adaptada a disponibilidad real de datos
- Permite análisis territorial
- Genera escenarios de planificación


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Limitaciones

- **No incluye:**
 - demanda real de servicios
 - listas de espera
 - carga de enfermedad
- **No considera:**
 - cambios tecnológicos
 - cambios organizacionales
- **No mide calidad de atención**

3.14 Valor estratégico del enfoque

A pesar de sus limitaciones, el enfoque adoptado permite:

- Construir una línea base nacional
- Identificar especialidades críticas
- Evaluar escenarios de política
- Fortalecer la planificación de RHS



ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

4.1 Introducción

La planificación de recursos humanos en salud requiere disponer de información precisa sobre la disponibilidad actual de profesionales que integran la red de servicios.

En este contexto, el análisis de la oferta de médicos especialistas constituye el punto de partida para la estimación de brechas de recursos humanos en salud. Conocer la cantidad, distribución territorial y características laborales de los especialistas permite establecer una **línea de base objetiva sobre la capacidad instalada del sistema sanitario**.

En el caso de Paraguay, la construcción de esta línea de base requirió integrar información proveniente de diversas fuentes institucionales, debido a la inexistencia de un registro único completamente consolidado que integre simultáneamente datos laborales, asistenciales y de habilitación profesional.

Por esta razón, fue necesario desarrollar un proceso de integración y depuración de bases de datos institucionales que permitiera caracterizar de manera más precisa la oferta actual de especialistas.

El presente capítulo describe las fuentes de información utilizadas, los criterios metodológicos aplicados para la identificación de especialistas, la magnitud de la oferta disponible, la distribución territorial observada y las principales características que condicionan la disponibilidad futura de estos profesionales en el sistema público de salud.

4.2 Fuentes de información utilizadas

Para la construcción de la base de oferta de médicos especialistas se utilizaron e integraron principalmente dos fuentes institucionales complementarias: la Base de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) correspondiente al año 2025 y el Sistema de Registro de Profesionales de la Salud (SIREPRO).

1. Base de Recursos Humanos del MSPyBS (2025)

La base de Recursos Humanos del MSPyBS proporciona información administrativa sobre los profesionales vinculados a la institución, incluyendo datos relativos a la modalidad de contratación, carga horaria semanal, establecimiento de prestación de servicios y localización geográfica.

2. Sistema de Registro de Profesionales de Salud (SIREPRO)

El sistema SIREPRO incluye información sobre: los títulos profesionales, especialidades registradas y certificaciones académicas reconocidas por la autoridad sanitaria.

4.2.1 Proceso de integración de bases de datos

Considerando las diferencias estructurales existentes entre ambas fuentes, se desarrolló un proceso de integración orientado a garantizar la consistencia de los registros utilizados en el análisis. Este proceso incluyó la homologación de variables, la depuración de registros duplicados, la conciliación de denominaciones de especialidades y la validación de la información relacionada con la situación laboral de los profesionales.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

La integración de las bases permitió obtener una aproximación más robusta a la oferta efectiva de médicos especialistas (los profesionales que ejercen funciones especializadas) disponibles en el MSPyBS, reduciendo potenciales sesgos derivados de inconsistencias o vacíos de información.

4.3 Especialidades incluidas en el análisis

El estudio se concentró en doce especialidades médicas consideradas prioritarias para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la red pública de servicios de salud. La selección se realizó considerando criterios de relevancia epidemiológica, importancia estratégica para el funcionamiento del sistema y antecedentes de dificultades para la cobertura de cargos especializados.

Las especialidades analizadas fueron agrupadas en dos categorías principales.

4.3.1 Especialidades primarias (troncales)

Las especialidades troncales constituyen la base del funcionamiento asistencial de la red de servicios y concentran una parte importante de la atención ambulatoria y hospitalaria en el sistema público. Incluyen:

- Clínica Médica
- Cirugía General
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Familiar

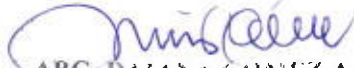
Estas especialidades desempeñan un rol fundamental en la provisión continua de servicios y representan áreas prioritarias para la sostenibilidad operativa del sistema sanitario.

4.3.2 Especialidades derivadas priorizadas (subespecialidades)

Corresponden a especialidades que requieren formación adicional y que son críticas para la atención de patologías complejas.

En esta categoría se incluyeron:

- Cardiología
- Psiquiatría
- Oncología Clínica
- Anestesiología
- Medicina Crítica y Terapia Intensiva
- Neonatología


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Estas especialidades fueron seleccionadas debido a su relevancia estratégica y a las dificultades históricas para cubrir plazas en el sistema público, así como a la necesidad de fortalecer su disponibilidad dentro de la red de servicios.

Tabla 5. Tabla de especialidades priorizadas para este estudio.

Especialidades primarias	Especialidades derivadas
Clínica Médica	Cardiología
Cirugía General	Psiquiatría
Pediatría	Oncología Clínica
Ginecología y Obstetricia	Anestesiología
Medicina Familiar	Medicina Crítica y Terapia Intensiva
	Neonatología

4.4 Línea de base de especialistas en el MSPyBS

Luego del proceso de depuración e integración de bases de datos, se identificó el número de médicos especialistas que forman parte de la red de servicios del MSPyBS (línea de base de médicos especialistas correspondiente al año 202).

El análisis incluyó únicamente profesionales que:

- se encontraban activos en el sistema
- contaban con vínculo laboral vigente
- realizaban funciones asistenciales

Se excluyeron (dado que estos grupos no contribuyen directamente a la capacidad asistencial especializada considerada en este estudio) a los:

- médicos residentes
- médicos en pasantía rural
- profesionales con cargos exclusivamente administrativos.

La línea de base obtenida constituye la referencia principal para las proyecciones posteriores de oferta y para el cálculo de las brechas de especialistas presentadas en los capítulos siguientes.

4.5 Horas médicas disponibles (Capacidad instalada expresada en horas médicas)

Una característica importante del sistema sanitario paraguayo es la coexistencia de múltiples vínculos laborales para un mismo profesional.

Esto implica que un mismo profesional puede trabajar en más de un establecimiento o institución.

Esta situación puede generar diferencias importantes entre el número de médicos registrados y la capacidad efectiva de atención disponible.

Por esta razón, el análisis se realizó inicialmente en términos de: **horas médicas semanales disponibles**

Este enfoque permite medir de manera más precisa la capacidad real de prestación de servicios especializados, independientemente de la cantidad nominal de profesionales registrados.

Posteriormente, las horas fueron convertidas a **equivalentes de médicos especialistas**, utilizando supuestos de carga horaria promedios definidos para este estudio.

Esta conversión facilita la interpretación de los resultados y permite expresar las necesidades futuras en términos comprensibles para los procesos de planificación, contratación y formación de recursos humanos.

Tabla 6. Horas semanales promedio por médico por cada especialidad.

ID	Especialidad priorizada (Res. N°314)	N° horas semanales promedio por médico
1	Anestesiología	29,58
2	Cardiología	25,85
3	Cirugía General	32,77
4	Ginecología y Obstetricia	32,97
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	32,22
6	Medicina Familiar	34,67
7	Medicina Interna	31,89
8	Neonatología	33,25
9	Oncología Clínica	30,07
10	Pediatría	33,32
11	Psiquiatría	29,37
12	Terapia Intensiva Pediátrica	31,45
	TOTAL	32,77

Observación: el total presentado corresponde al resultado del cociente entre la cantidad de N° horas semanales disponibles al año n (stock inicial) y el N° de médicos activos en el MSPyBS (año n): $155.077 / 4.732 = 32,77$

4.6 Análisis del Subregistro de especialidades

Durante el análisis de la base SIREPRO se identificó un número significativo de profesionales cuyo registro no incluía información sobre su especialidad ejercida.

En total se identificaron: **1.932 médicos sin especialidad registrada.**

De este grupo: **1.562 correspondían a especialidades incluidas dentro del conjunto priorizado para este estudio.**


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Este hallazgo evidencia la existencia de limitaciones en los mecanismos de registro y actualización de información profesional, situación que puede afectar la precisión de los análisis de recursos humanos en salud.

Tabla 7. Resumen de especialidades priorizadas y el subregistro de especialidades en la base de datos del MSPyBS a julio 2025.

ESPECIALIDADES	Número de médicos
MEDICO/A PEDIATRA	456
MEDICINA FAMILIAR	414
MEDICO/A GINECO OBSTETRA	297
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	132
MEDICO/A ANESTESIOLOGO	82
MEDICO/A CIRUGIA GENERAL	78
MEDICO/A PSIQUIATRA	45
MEDICO/A ONCOLOGO/A	23
MEDICO/A CARDIOLOGO/A	11
NEONATOLOGO/A	9
ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS INTENSIVOS	8
MEDICO/A PEDIATRA DE TERAPIA INTENSIVA	1
Total, general	1.556

4.6.1 Tratamiento metodológico adoptado del subregistro

Considerando que la ausencia de registro formal de especialidad no implica necesariamente que el profesional no posea formación especializada, se decidió incorporar a estos profesionales dentro de la estimación de la oferta efectiva de especialistas.

En muchos casos esto se debe a:

- retrasos en procesos de registro por parte del especialista que dificulta de actualización de bases de datos
- diferencias en nomenclatura de especialidades

Por esta razón, estos profesionales fueron incluidos en el análisis como parte de la oferta efectiva de especialistas.

Esta decisión se fundamenta en la evidencia disponible sobre el desempeño de funciones especializadas por parte de estos profesionales y en la necesidad de evitar una subestimación de la capacidad instalada del sistema de salud.

4.6.2 Implicaciones de esta decisión

Esta decisión metodológica tiene dos posibles efectos:

1. Evita subestimar la capacidad real del sistema de salud.
2. Puede generar una ligera sobreestimación de la oferta formal de especialistas.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

No obstante, se consideró que el primer efecto era más relevante desde el punto de vista de la planificación sanitaria.

4.7 Distribución territorial de especialistas

Uno de los hallazgos más relevantes del análisis es la **marcada desigualdad territorial en la distribución de especialistas**.

Los profesionales se concentran principalmente en:

- Asunción
- Departamento Central
- principales ciudades del país.

Estos territorios reúnen la mayor infraestructura hospitalaria del país y concentran una buena parte de los establecimientos de mayor complejidad.

En contraste, departamentos con menor densidad poblacional presentan niveles significativamente menores de disponibilidad de especialistas. Esta situación limita el acceso oportuno a servicios especializados y obliga frecuentemente a la derivación de pacientes hacia centros de referencia ubicados en áreas urbanas.

La distribución desigual constituye uno de los principales desafíos para la planificación de recursos humanos en salud, ya que las diferencias territoriales en la disponibilidad de médicos especialistas pueden traducirse en inequidades en el acceso a la atención

4.7.1 Factores asociados a la concentración territorial

La concentración de especialistas observada en áreas urbanas responde a diversos factores, entre ellos:

- la mayor disponibilidad de infraestructura hospitalaria
- las oportunidades laborales en el sector privado
- el acceso a formación continua
- las condiciones de vida y servicios urbanos.

La combinación de estos factores genera incentivos para la permanencia de especialistas en áreas metropolitanas y dificulta los procesos de redistribución hacia zonas con menor disponibilidad de recursos humanos.

Esta situación genera desafíos importantes para garantizar el acceso equitativo a servicios especializados en todo el territorio nacional.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 8. Distribución del número de salidas totales del MSPyBS y horas semanales perdidas proyectadas por cada una de las especialidades priorizadas para el periodo 2026-2028

ID	Especialidad priorizada (Res. N°314)	N° Salidas totales del MSPyBS 2026	N° Salidas totales del MSPyBS 2027	N° Salidas totales del MSPyBS 2028	N° de horas semanales perdidas por salidas 2026	N° de horas semanales perdidas por salidas 2027	N° de horas semanales perdidas por salidas 2028
1	Anestesiología	9	9	9	266	266	266
2	Cardiología	4	4	4	103	103	103
3	Cirugía General	8	8	8	262	262	262
4	Ginecología y Obstetricia	20	20	20	659	659	659
5	Medicina Crítica y Terapia Intensiva	3	3	3	97	97	97
6	Medicina Familiar	8	8	8	277	277	277
7	Medicina Interna	13	13	13	415	415	415
8	Neonatología	1	1	1	33	33	33
9	Oncología Clínica	0	0	0	0	0	0
10	Pediatría	17	17	17	566	566	566
11	Psiquiatría	3	3	3	88	88	88
12	Terapia Intensiva Pediátrica	3	3	3	94	94	94

Observación: los datos considerados en la brecha de reemplazo se mantuvieron constantes para el periodo 2025-2028.

4.8 Edad y dinámica laboral de los especialistas

Además de cuantificar la oferta actual, el análisis de la oferta también consideró la dinámica de permanencia de los especialistas en el sistema público de salud.

Se identificaron patrones relevantes relacionados con:

- jubilaciones
- movilidad laboral
- cambios de sector
- migración profesional.

Estos factores influyen directamente en la disponibilidad futura de especialistas y son considerados en la estimación de brechas de reemplazo.

Estas dinámicas generan pérdidas progresivas de capacidad instalada que deben ser consideradas dentro de los procesos de planificación y reposición de recursos humanos.

La comprensión de estos procesos resulta especialmente relevante para la estimación de las brechas de reemplazo desarrolladas en los capítulos posteriores.

4.9 Importancia estratégica de la oferta actual para la planificación sanitaria

El análisis de la oferta actual permite identificar tres aspectos clave para la planificación de recursos humanos en salud:

1. Capacidad instalada actual

El número de especialistas disponibles determina la capacidad del sistema para brindar atención especializada.

2. Desigualdad territorial

Las diferencias en distribución generan inequidades en el acceso a servicios de salud.

3. Vulnerabilidad del sistema

La dependencia de un número limitado de especialistas en determinadas áreas puede generar riesgos para la continuidad de los servicios.

La información generada constituye un insumo fundamental para la definición de políticas de formación especializada, contratación, retención y redistribución de recursos humanos.

4.10 Síntesis de los principales aportes del análisis de oferta

En términos generales, el análisis de la oferta de médicos especialistas en el MSPyBS permite concluir que:

- Existe una base importante de especialistas en el sistema público.
- Sin embargo, la distribución territorial es desigual.
- Algunas especialidades presentan mayor disponibilidad que otras.
- El sistema enfrenta pérdidas anuales de especialistas que deben ser compensadas mediante formación y contratación.

Estos elementos constituyen la base para la estimación de brechas presentada en los capítulos siguientes.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 5

ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

5.1 Introducción

La estimación de la demanda de médicos especialistas constituye uno de los componentes fundamentales en el análisis de brechas de recursos humanos en salud. Mientras que el análisis de la oferta permite conocer la disponibilidad actual de especialistas en el sistema sanitario, la estimación de la demanda permite proyectar **las necesidades futuras de atención especializada de la población**.

En el contexto de la consultoría desarrollada para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la estimación de la demanda se realizó utilizando una metodología basada en **densidades de especialistas por población**, adaptada a la disponibilidad de información existente en el país.

Este enfoque permite proyectar la cantidad de horas médicas especializadas que el sistema de salud requerirá en los próximos años para mantener niveles de cobertura similares a los observados en el año base del estudio.

5.2 Concepto de demanda de especialistas

En el marco de este estudio, la demanda de especialistas se define como:

La cantidad de horas médicas especializadas necesarias para atender adecuadamente a la población objetivo del sistema público de salud.

Es importante señalar que esta estimación no representa necesariamente el nivel óptimo de especialistas requerido para satisfacer todas las necesidades de salud de la población. En cambio, la metodología adoptada permite estimar **la cantidad de especialistas necesaria para mantener el nivel actual de provisión de servicios**.

Por tanto, los resultados deben interpretarse como una **referencia operativa para la planificación sanitaria**, y no como una medida absoluta de suficiencia del sistema.

5.3 Metodologías posibles para estimar la demanda de profesionales

La literatura especializada describe diversas metodologías utilizadas a nivel internacional para estimar la demanda de profesionales de salud. Entre las más utilizadas se encuentran:

1. Modelos basados en carga de enfermedad

Estos modelos estiman las necesidades de profesionales a partir de la prevalencia e incidencia de enfermedades en la población.

2. Modelos basados en utilización de servicios

Se basan en la cantidad de consultas, hospitalizaciones o procedimientos realizados por la población.


ABG. GABRIELA GÓMEZ A.
SECRETARÍA GENERAL
MSP Y BS

3. Modelos basados en estándares de atención

Utilizan estándares clínicos o administrativos para determinar el número de profesionales necesarios para prestar determinados servicios.

4. Modelos basados en densidad poblacional

Relacionan el número de profesionales disponibles con el tamaño de la población.

Cada uno de estos enfoques presenta ventajas y requerimientos de información específicos. Sin embargo, la disponibilidad de información constituye un factor determinante para la selección metodológica en cada contexto nacional.

En Paraguay, las limitaciones existentes en materia de registros sistemáticos de actividad médica, listas de espera, utilización de servicios y carga de enfermedad dificultan la aplicación de metodologías más complejas.

5.4 Metodología adoptada en el estudio

Debido a las limitaciones en los sistemas de información disponibles en Paraguay, se optó por utilizar un modelo basado en: **densidad de horas médicas por población**

Este enfoque consiste en calcular la cantidad de horas médicas especializadas disponibles por cada 100.000 habitantes (pertenecientes a la población objetivo del sistema público de salud) y proyectar dicha relación hacia el futuro considerando el crecimiento poblacional.

El enfoque basado en densidad poblacional es ampliamente utilizado en contextos con restricciones de información y recomendado como punto de partida para el desarrollo progresivo de sistemas de planificación de recursos humanos.

Bajo este enfoque se asume que la densidad observada en el año base permanece constante durante el periodo analizado, permitiendo estimar las horas médicas adicionales que serán necesarias para mantener niveles equivalentes de cobertura.



ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Figura 3. Densidad de horas por 100.000 habitantes sin seguro médico en 12 especialidades priorizadas, por departamento y promedio nacional. 2025.



5.5 Definición de la Población de Referencia

Tal como se explicó en capítulos anteriores, la población utilizada para el cálculo de la demanda corresponde a: **la población sin seguro médico.**

Esta población constituye el principal grupo que depende de los servicios de salud provistos por el MSPyBS.

La selección de esta población busca aproximar de manera más precisa el universo potencial de usuarios del sistema público de salud, evitando utilizar como referencia la población total del país cuando una proporción de la población dispone de mecanismos alternativos de cobertura sanitaria.

Las estimaciones empleadas en el estudio indican que aproximadamente el 73,5 % de la población paraguaya no cuenta con seguro médico. Este valor resulta consistente con los resultados publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2024, los cuales muestran que la ausencia de cobertura de seguro médico afecta a una proporción importante de la población paraguaya y alcanza niveles aún más elevados en determinados grupos etarios y áreas geográficas. Por ejemplo, en la población de 0 a 17 años se observa que el 75,0 % no dispone de seguro médico a nivel nacional, porcentaje que asciende al 86,2 % en áreas rurales.

En consecuencia, la utilización de la población sin seguro médico como población de referencia constituye una aproximación metodológicamente consistente con la evidencia estadística nacional disponible y permite representar la población que depende prioritariamente de los servicios públicos de salud.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

Tabla 9. Indicadores de cobertura de seguro médico utilizados para la estimación de la población objetivo.

Indicador	Valor (%)
Población nacional sin seguro médico utilizada en el estudio	73,5
Población de 0 a 17 años sin seguro médico (EPHC 2024)	75,0
Población urbana de 0 a 17 años sin seguro médico	67,0
Población rural de 0 a 17 años sin seguro médico	86,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2024, Instituto Nacional de Estadística.

Observación metodológica: el porcentaje de población sin seguro médico utilizado en el presente estudio corresponde a una aproximación operativa para la estimación de la demanda potencial de servicios del MSPyBS. Dicho valor se encuentra alineado con los resultados de la EPHC 2024 y otras fuentes oficiales disponibles al momento de la elaboración del estudio.

5.5.1 Fuentes de información poblacional utilizadas

La estimación de la población sin seguro médico se realizó utilizando información proveniente de:

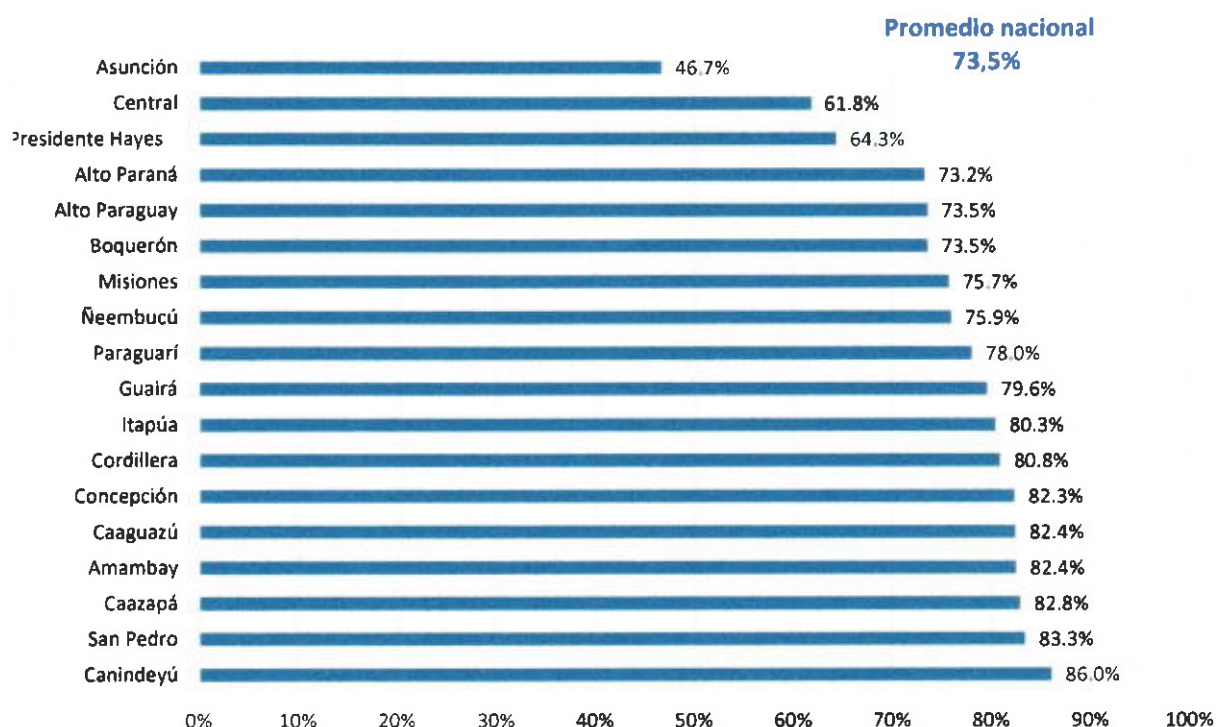
- Encuesta Permanente de Hogares (EPHC)
- estimaciones poblacionales oficiales
- proyecciones demográficas nacionales.

5.5.2 Proporción de población sin seguro

De acuerdo con las estimaciones utilizadas en el estudio, aproximadamente: **73,5 % de la población paraguaya no cuenta con seguro médico**. Este valor fue utilizado para calcular la población objetivo del sistema público de salud.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Figura 4. Porcentaje de la población paraguaya sin seguro médico por cada Departamento. 2024.



Nota: Alto Paraguay y Boquerón no forman parte de la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC). Se les asignó el porcentaje promedio nacional de 73,5 sin seguro médico.

5.6 Cálculo de la densidad base de especialistas

El primer paso de la metodología consistió en calcular la **densidad de horas médicas especializadas en el año base (2025)**.

La densidad se define como: **horas médicas especializadas disponibles por cada 100.000 habitantes sin seguro médico**.

Este indicador permite relacionar la capacidad de atención del sistema con el tamaño de la población que depende de él.

La densidad base obtenida para cada especialidad fue utilizada posteriormente como parámetro de referencia para proyectar las necesidades futuras de horas médicas especializadas.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 10. Horas semanales disponibles en 2025 en el MSPyBS en Especialidades prioritizadas, y densidades por 10.000 habitantes en población sin seguro médico, a nivel nacional y por cada departamento.

Anestesiología

Departamento	Horas de Anestesiología	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY	88	13792,8755	63,8010546
ALTO PARANA	606	580736,331	10,4350282
AMAMBAY	258	145492,419	17,7328827
BOQUERON	84	59718,8864	14,0659019
CAAGUAZU	912	380619,683	23,9609259
CAAZAPA	192	125002,382	15,3597073
CANINDEYU	216	178979,147	12,068445
CAPITAL	2640	216591,257	121,888577
CENTRAL	3558	1234523,31	28,8208409
CONCEPCION	216	182896,533	11,8099559
CORDILLERA	216	225988,14	9,55802373
GUAIRA	204	147033,805	13,8743604
ITAPUA	504	373324,24	13,5003288
MISIONES	240	86284,2631	27,8150374
ÑEEMBUCU	96	59635,416	16,0978168
PARAGUARI	306	162781,272	18,7982313
PTE. HAYES	216	85542,5798	25,2505829
SAN PEDRO	276	315664,74	8,74345358
Total	10828	4574607,28	23,6697914

Cardiología

Departamento	Horas de Cardiología	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	156	580736,331	2,68624489
AMAMBAY	24	145492,419	1,64957048
BOQUERON		59718,8864	0
CAAGUAZU	216	380619,683	5,67495613
CAAZAPA	48	125002,382	3,83992683
CANINDEYU		178979,147	0
CAPITAL	964	216591,257	44,5077985
CENTRAL	708	1234523,31	5,73500713
CONCEPCION	36	182896,533	1,96832599
CORDILLERA	24	225988,14	1,06200264
GUAIRA	36	147033,805	2,44841654
ITAPUA	108	373324,24	2,89292761
MISIONES	24	86284,2631	2,78150374


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

ÑEEMBUCU		59635,416	0
PARAGUARI	36	162781,272	2,21155662
PTE. HAYES	24	85542,5798	2,80562032
SAN PEDRO		315664,74	0
Total	2404	4574607,28	5,25509591

Cirugía General

Departamento	Horas de Cirugía General	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY	24	13792,8755	17,4002876
ALTO PARANA	1104	580736,331	19,0103484
AMAMBAY	258	145492,419	17,7328827
BOQUERON	264	59718,8864	44,2071204
CAAGUAZU	1195	380619,683	31,3961693
CAAZAPA	228	125002,382	18,2396524
CANINDEYU	396	178979,147	22,1254826
CAPITAL	1534	216591,257	70,8246503
CENTRAL	3865	1234523,31	31,3076307
CONCEPCION	324	182896,533	17,7149339
CORDILLERA	144	225988,14	6,37201582
GUAIRA	222	147033,805	15,0985687
ITAPUA	1134	373324,24	30,3757399
MISIONES	550	86284,2631	63,7427939
ÑEEMBUCU	150	59635,416	25,1528387
PARAGUARI	252	162781,272	15,4808963
PTE. HAYES	144	85542,5798	16,8337219
SAN PEDRO	336	315664,74	10,6442044
Total	12124	4574607,28	26,5028215

Ginecología y Obstetricia

Departamento	Ginecología y Obstetricia hs	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY	60	13792,8755	43,5007191
ALTO PARANA	1656	580736,331	28,5155227
AMAMBAY	552	145492,419	37,9401211
BOQUERON	300	59718,8864	50,2353641
CAAGUAZU	1206	380619,683	31,6851717
CAAZAPA	906	125002,382	72,4786189
CANINDEYU	918	178979,147	51,2908914
CAPITAL	4919	216591,257	227,109814
CENTRAL	6878	1234523,31	55,7138122
CONCEPCION	822	182896,533	44,9434435
CORDILLERA	936	225988,14	41,4181028

GUAIRA	630	147033,805	42,8472894
ITAPUA	1819	373324,24	48,7244011
MISIONES	1050	86284,2631	121,690788
ÑEEMBUCU	456	59635,416	76,4646297
PARAGUARI	846	162781,272	51,9715806
PTE. HAYES	666	85542,5798	77,8559638
SAN PEDRO	768	315664,74	24,32961
Total	25388	4574607,28	55,4976601

Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Departamento	Horas de Medicina Crítica y Terapia Intensiva	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	396	580736,331	6,81892933
AMAMBAY	168	145492,419	11,5469934
BOQUERON		59718,8864	0
CAAGUAZU	438	380619,683	11,5075499
CAAZAPA	162	125002,382	12,959753
CANINDEYU	96	178979,147	5,36375335
CAPITAL	2148	216591,257	99,1729783
CENTRAL	2214	1234523,31	17,9340477
CONCEPCION	305	182896,533	16,6760952
CORDILLERA	30	225988,14	1,3275033
GUAIRA	186	147033,805	12,6501521
ITAPUA	252	373324,24	6,75016442
MISIONES	96	86284,2631	11,1260149
ÑEEMBUCU	12	59635,416	2,0122271
PARAGUARI	60	162781,272	3,6859277
PTE. HAYES	168	85542,5798	19,6393422
SAN PEDRO	196	315664,74	6,20911921
Total	6927	4574607,28	15,1422834

Medicina Familiar

Departamento	Horas de Medicina Familiar	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY	84	13792,8755	60,9010067
ALTO PARANA	4574	580736,331	78,7620777
AMAMBAY	1087	145492,419	74,7117965
BOQUERON	990	59718,8864	165,776701
CAAGUAZU	2518	380619,683	66,1552756
CAAZAPA	1608	125002,382	128,637549
CANINDEYU	764	178979,147	42,6865371
CAPITAL	2696	216591,257	124,474092


 ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

CENTRAL	6984	1234523,31	56,5724432
CONCEPCION	2192	182896,533	119,849183
CORDILLERA	2026	225988,14	89,6507226
GUAIRA	2786	147033,805	189,480235
ITAPUA	3250	373324,24	87,0556919
MISIONES	1476	86284,2631	171,06248
ÑEEMBUCU	816	59635,416	136,831443
PARAGUARI	2371	162781,272	145,655576
PTE. HAYES	938	85542,5798	109,652994
SAN PEDRO	2296	315664,74	72,7353965
Total	39456	4574607,28	86,2500267

Medicina Interna

Departamento	Horas de Medicina Interna	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	1368	580736,331	23,5563013
AMAMBAY	228	145492,419	15,6709196
BOQUERON	72	59718,8864	12,0564874
CAAGUAZU	1350	380619,683	35,4684758
CAAZAPA	348	125002,382	27,8394695
CANINDEYU	108	178979,147	6,03422252
CAPITAL	2459	216591,257	113,531822
CENTRAL	5188	1234523,31	42,0243178
CONCEPCION	264	182896,533	14,4343906
CORDILLERA	510	225988,14	22,567556
GUAIRA	318	147033,805	21,6276794
ITAPUA	978	373324,24	26,1970667
MISIONES	636	86284,2631	73,709849
ÑEEMBUCU	228	59635,416	38,2323149
PARAGUARI	312	162781,272	19,1668241
PTE. HAYES	306	85542,5798	35,7716591
SAN PEDRO	348	315664,74	11,0243545
Total	15021	4574607,28	32,8356055

Neonatología

Departamento	Horas de Neonatología	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	60	580736,331	1,03317111
AMAMBAY	0	145492,419	0
BOQUERON	0	59718,8864	0
CAAGUAZU	72	380619,683	1,89165204


 ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

CAAZAPA	0	125002,382	0
CANINDEYU	0	178979,147	0
CAPITAL	1080	216591,257	49,8635087
CENTRAL	906	1234523,31	7,33886505
CONCEPCION	0	182896,533	0
CORDILLERA	96	225988,14	4,24801055
GUAIRA	72	147033,805	4,89683308
ITAPUA	0	373324,24	0
MISIONES	24	86284,2631	2,78150374
ÑEEMBUKU	0	59635,416	0
PARAGUARI	0	162781,272	0
PTE. HAYES	84	85542,5798	9,81967111
SAN PEDRO	0	315664,74	0
Total	2394	4574607,28	5,23323611

Oncología Clínica

Departamento	Horas de Oncología Clínica	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	252	580736,331	4,33931867
AMAMBAY	72	145492,419	4,94871145
BOQUERON		59718,8864	0
CAAGUAZU	208	380619,683	5,46477257
CAAZAPA		125002,382	0
CANINDEYU	24	178979,147	1,34093834
CAPITAL	72	216591,257	3,32423391
CENTRAL	516	1234523,31	4,17975096
CONCEPCION	48	182896,533	2,62443465
CORDILLERA	48	225988,14	2,12400527
GUAIRA	48	147033,805	3,26455538
ITAPUA	216	373324,24	5,78585522
MISIONES		86284,2631	0
ÑEEMBUKU	12	59635,416	2,0122271
PARAGUARI		162781,272	0
PTE. HAYES	108	85542,5798	12,6252914
SAN PEDRO		315664,74	0
Total	1624	4574607,28	3,55003151

Pediatría

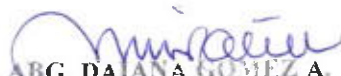
Departamento	Horas de Pediatría	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad horas semanales por 10.000 menores de 15 años sin seguro médico
ALTO PARAGUAY	60	13792,8755	142,595403
ALTO PARANA	1990	580736,331	134,085533


 ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

AMAMBAY	408	145492,419	112,299363
BOQUERON	306	59718,8864	172,638742
CAAGUAZU	2034	380619,683	199,696266
CAAZAPA	384	125002,382	108,164883
CANINDEYU	564	178979,147	112,800347
CAPITAL	7449	216591,257	1667,94515
CENTRAL	11948	1234523,31	404,958684
CONCEPCION	960	182896,533	179,992237
CORDILLERA	1344	225988,14	243,097576
GUAIRA	954	147033,805	277,96251
ITAPUA	1638	373324,24	177,42996
MISIONES	1188	86284,2631	564,051028
ÑEEMBUCU	300	59635,416	246,662931
PARAGUARI	858	162781,272	229,696648
PTE. HAYES	624	85542,5798	259,31289
SAN PEDRO	1206	315664,74	132,815436
Total	34215	4574607,28	289,480649

Psiquiatría

Departamento	Horas de Psiquiatría	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad en horas médicas semanales por cada 10.000 habitantes sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA	120	580736,331	2,06634222
AMAMBAY	72	145492,419	4,94871145
BOQUERON	84	59718,8864	14,0659019
CAAGUAZU	144	380619,683	3,78330408
CAAZAPA	0	125002,382	0
CANINDEYU	48	178979,147	2,68187668
CAPITAL	1436	216591,257	66,2999986
CENTRAL	396	1234523,31	3,20771585
CONCEPCION	48	182896,533	2,62443465
CORDILLERA	36	225988,14	1,59300395
GUAIRA	72	147033,805	4,89683308
ITAPUA	210	373324,24	5,62513702
MISIONES	120	86284,2631	13,9075187
ÑEEMBUCU	48	59635,416	8,04890839
PARAGUARI	60	162781,272	3,6859277
PTE. HAYES	36	85542,5798	4,20843048
SAN PEDRO	36	315664,74	1,14045047
Total	2966	4574607,28	6,48361666


 ABG. DAIANA GOMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

Terapia Intensiva Pediátrica

Departamento	Horas de Terapia Intensiva Pediátrica	Población total sin seguro médico 2025 (EPHC)	Densidad horas semanales por 10.000 menores de 15 años sin seguro médico
ALTO PARAGUAY		13792,8755	0
ALTO PARANA		580736,331	0
AMAMBAY		145492,419	0
BOQUERON		59718,8864	0
CAAGUAZU		380619,683	0
CAAZAPA		125002,382	0
CANINDEYU		178979,147	0
CAPITAL	520	216591,257	116,435961
CENTRAL	988	1234523,31	33,4867074
CONCEPCION		182896,533	0
CORDILLERA	72	225988,14	13,0230844
GUAIRA		147033,805	0
ITAPUA	126	373324,24	13,6484585
MISIONES		86284,2631	0
ÑEEMBUCU		59635,416	0
PARAGUARI		162781,272	0
PTE. HAYES	24	85542,5798	9,9735727
SAN PEDRO		315664,74	0
Total	1730	4574607,28	146

Fuente: Adaptado del Informe de la consultoría OPS.

5.7 Proyección de la población objetivo

Una vez calculada la densidad base, se procedió a proyectar la población objetivo para los años siguientes.

La estimación se sustentó en información proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EHPC), las estimaciones oficiales de población y las proyecciones demográficas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Esta fuente proporciona información confiable y actualizada sobre la estructura y evolución demográfica del país, permitiendo proyectar el tamaño de la población objetivo durante el periodo de análisis.

Las proyecciones utilizadas abarcan el periodo comprendido entre 2026 y 2030, con especial énfasis en el horizonte de corto y mediano plazo considerado para la planificación de especialistas.

El crecimiento proyectado de esta población constituye el principal factor determinante del incremento futuro de la demanda bajo la metodología adoptada.

Aunque las variaciones anuales pueden parecer moderadas, su efecto acumulado genera un aumento progresivo de las necesidades de horas médicas especializadas requeridas para mantener la cobertura observada en el año base.

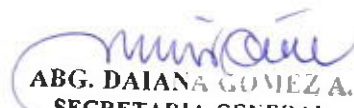

ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 11. Estimaciones y proyecciones población general (Nacional y Departamental) - Revisión 2025, INE.

Departamento	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Asunción	464.185	461.227	458.223	455.176	452.089	448.967
Concepción	222.268	223.684	225.040	226.373	227.653	228.907
San Pedro	378.776	380.845	382.832	384.732	386.545	388.277
Cordillera	279.640	281.074	282.443	283.738	284.975	286.163
Guairá	184.797	185.039	185.251	185.429	185.571	185.700
Caaguazú	462.171	463.494	464.694	465.774	466.730	467.582
Caazapá	150.895	151.628	152.339	153.004	153.633	154.226
Itapúa	464.655	465.522	466.291	466.956	467.524	468.001
Misiones	114.011	114.371	114.719	115.041	115.343	115.626
Paraguarí	208.719	208.246	207.750	207.233	206.694	206.126
Alto Paraná	793.181	800.871	808.379	815.687	822.829	829.791
Central	1.997.640	2.019.842	2.041.574	2.062.829	2.083.608	2.103.896
Ñeembucú	78.580	78.591	78.600	78.601	78.582	78.557
Amambay	176.515	178.296	180.025	181.715	183.358	184.970
Canindeyú	208.046	210.359	212.626	214.849	217.023	219.150
PRESIDENTE HAYES	133.012	135.022	136.985	138.902	140.797	142.656
Boquerón	81.225	83.041	84.844	86.634	88.419	90.188
Alto Paraguay	18.760	19.007	19.245	19.489	19.732	19.948
Total País	6.417.076	6.460.159	6.501.860	6.542.162	6.581.105	6.618.731
Fuente INE: https://www.ine.gov.py/resumen/293/estimaciones-y-proyecciones-departamentales-2000-2035-revision-2025						


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

5.8 Estimación de horas médicas requeridas

Utilizando la densidad base y las proyecciones poblacionales, se estimó la cantidad de horas médicas especializadas que el sistema requerirá en cada año proyectado.

El procedimiento consistió en:

1. Proyectar el tamaño de la población sin seguro médico para cada año.
2. Mantener constante la densidad de especialistas observada en el año base.
3. Calcular la cantidad de horas médicas necesarias para mantener esa relación.

De esta manera, las diferencias observadas entre los distintos años reflejan exclusivamente el efecto de los cambios demográficos y no modificaciones en los patrones de utilización de servicios o en la organización del sistema sanitario.

5.9 Interpretación de los resultados de demanda

Es fundamental interpretar correctamente los resultados obtenidos mediante esta metodología.

La estimación de demanda obtenida mediante densidad poblacional no representa un estándar ideal de atención sanitaria ni una evaluación de suficiencia de la oferta existente, sino que refleja la cantidad de especialistas necesaria para mantener el nivel de cobertura actual.

Su finalidad consiste en estimar la cantidad de horas médicas necesarias para sostener los niveles actuales de cobertura frente a los cambios demográficos proyectados.

Por lo que, un resultado que muestre déficit posteriormente deberá interpretarse como una pérdida potencial de la capacidad para mantener la cobertura actual y no necesariamente como una medida del déficit total de atención existente en el sistema.

En consecuencia:

- Si la oferta proyectada de especialistas es inferior a la demanda estimada, se genera una **brecha de especialistas**.
- Si la oferta proyectada supera la demanda estimada, se produce un **superávit relativo de especialistas**.

Figura 5. Proceso metodológico para la estimación de la demanda de especialistas.




ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

5.10 Tratamiento de los valores negativos

En algunos casos (determinados territorios o especialidades), la proyección demográfica puede generar valores negativos en la estimación de necesidades adicionales de especialistas. Esto puede ocurrir cuando:

- la población proyectada disminuye en determinadas áreas
- la densidad base de especialistas es relativamente alta.

Para evitar interpretaciones erróneas (que orienten a la reducción de recursos humanos en salud existentes), en el estudio se adoptó la decisión metodológica de: **ajustar los valores negativos obtenidos en las proyecciones a cero.**

Esto significa que no se considera necesario reducir el número de especialistas en el sistema cuando la proyección indica un superávit.

Con esta decisión, el estudio se concentra principalmente en la identificación de déficits potenciales y no en la estimación de excedentes de especialistas.

5.11 Limitaciones del enfoque de densidad poblacional

Aunque el enfoque utilizado es ampliamente aplicado en estudios de planificación sanitaria, presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados.

Entre las principales limitaciones se encuentran:

- no considera diferencias en perfiles epidemiológicos
- no incorpora cambios en utilización de servicios
- no refleja variaciones en productividad profesional
- no considera innovaciones tecnológicas o cambios organizacionales.

No obstante, estas limitaciones pueden considerarse como habituales en estudios de planificación en contextos con disponibilidad limitada de información, pero que no invalidan la utilidad de resultados para el fin de planificación estratégica de RHS.

5.12 Justificación del enfoque adoptado

A pesar de estas limitaciones, el enfoque de densidad poblacional presenta ventajas importantes para contextos con disponibilidad limitada de información.

Entre sus principales ventajas se encuentran:

- simplicidad metodológica
- facilidad de replicación
- transparencia en el cálculo


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- posibilidad de aplicación a nivel territorial.

Por estas razones, este enfoque constituye un punto de partida adecuado para el desarrollo de sistemas más complejos de planificación de recursos humanos en salud.

5.13 Valor estratégico para la planificación sanitaria

A pesar de las limitaciones mencionadas, la metodología aplicada proporciona al país una herramienta robusta y transparente para la planificación de RHS especializados.

La estimación de la demanda de especialistas permite anticipar las necesidades futuras del sistema sanitario y constituye un insumo fundamental para:

- planificación de formación médica especializada
- diseño de políticas de contratación
- asignación de recursos presupuestarios
- desarrollo de estrategias de distribución territorial de especialistas.

La estimación de la demanda constituye un insumo fundamental para el análisis de brechas desarrollado en el capítulo siguiente.



ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 6

CÁLCULO DE LAS BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

6.1 Introducción

Una vez estimada la oferta actual de médicos especialistas y proyectada la demanda futura de horas médicas especializadas, el siguiente paso consiste en calcular las **brechas de recursos humanos en salud**.

La estimación de brechas constituye la etapa integradora del presente estudio. Mientras que el análisis de la oferta permitió identificar la capacidad instalada actual y proyectada del sistema público de salud, y la estimación de la demanda permitió cuantificar las necesidades futuras derivadas del crecimiento de la población objetivo, el cálculo de brechas permite determinar la magnitud de los déficits potenciales que podrían afectar la disponibilidad de atención especializada en los próximos años.

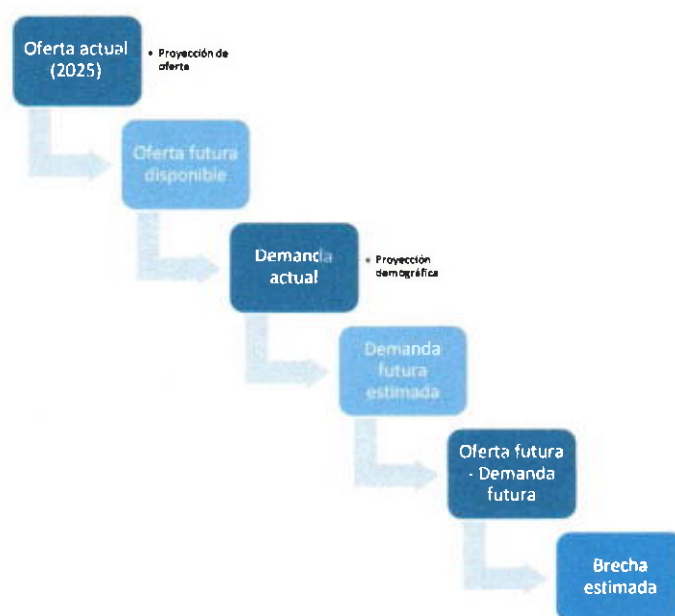
El concepto de brecha permite identificar la diferencia entre:

- la **cantidad de especialistas que el sistema de salud necesitaría** para atender a la población objetivo, y
- la **cantidad de especialistas que efectivamente estarán disponibles** en el sistema en un determinado periodo.

Este análisis constituye el núcleo del estudio, ya que permite identificar las áreas donde el sistema de salud enfrentará déficits de especialistas y, por lo tanto, orienta la planificación de políticas de formación médica especializada, contratación y distribución del talento humano en salud.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Figura 6. Esquema propuesto para el marco conceptual del cálculo de brechas.



6.2 Definición de brecha de especialistas

En el contexto de este estudio, la brecha de especialistas se define como: **la diferencia entre la demanda estimada de horas médicas especializadas y la oferta proyectada de horas médicas especializadas disponibles en el sistema público de salud.**

En otras palabras, la brecha de médicos especialistas se define como la diferencia entre la disponibilidad proyectada de especialistas y la cantidad de recursos humanos requeridos para mantener los niveles de cobertura observados en el año base.

La brecha representa, por tanto, una medida de la distancia existente entre la capacidad futura esperada del sistema y las necesidades proyectadas de atención especializada.

Matemáticamente, la brecha puede expresarse de la siguiente manera:

Brecha = Demanda estimada – Oferta proyectada

Es importante destacar que la brecha estimada no constituye una medida absoluta de necesidad sanitaria ni refleja necesariamente el número ideal de especialistas que debería tener el país. Su interpretación debe realizarse en función del objetivo metodológico adoptado, que consiste en evaluar la capacidad del sistema para sostener los niveles actuales de cobertura frente a los cambios demográficos y laborales proyectados.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

6.3 Interpretación del resultado de la brecha

El resultado del cálculo de brechas puede adoptar tres situaciones distintas:

1. Brecha positiva (déficit de especialistas)

Se produce cuando la demanda estimada de especialistas es mayor que la oferta proyectada.

En este caso el sistema de salud **no dispone de suficientes especialistas para cubrir las necesidades de la población.**

Esta situación representa un **déficit de especialistas.**

2. Brecha igual a cero (equilibrio)

Se produce cuando la oferta proyectada coincide con la demanda estimada.

En esta situación, el sistema de salud cuenta con una cantidad de especialistas suficiente para mantener el nivel actual de provisión de servicios.

3. Brecha negativa (superávit relativo)

Se produce cuando la oferta proyectada es mayor que la demanda estimada.

En este caso existe una disponibilidad de especialistas superior a la necesaria para mantener el nivel actual de cobertura.

Sin embargo, como se explicó en el capítulo anterior, en el marco de este estudio los valores negativos fueron **ajustados a cero**, ya que el objetivo del análisis es identificar **déficits de especialistas**, no excedentes.

La brecha total estimada en el estudio se encuentra compuesta por dos dimensiones complementarias que reflejan distintos procesos que afectan la disponibilidad futura de especialistas.

6.3.1 Brecha de reemplazo

La brecha total estimada en el estudio se encuentra compuesta por dos dimensiones complementarias que reflejan distintos procesos que afectan la disponibilidad futura de especialistas.

La brecha de reemplazo corresponde a la necesidad de compensar la pérdida de especialistas derivada de las salidas observadas dentro del sistema de salud.

Estas salidas pueden estar asociadas a procesos de jubilación, renuncia, migración laboral, fallecimiento, incapacidad permanente o traslado hacia otros sectores de empleo.

Desde la perspectiva de la planificación sanitaria, esta dimensión representa la necesidad mínima de reposición requerida para mantener constante la capacidad instalada existente.

6.3.2 Brecha asociada al crecimiento de la demanda

La segunda dimensión corresponde al incremento de especialistas requerido para responder al crecimiento de la población objetivo y mantener los niveles de cobertura observados en el año base.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Esta brecha surge como resultado de las proyecciones demográficas y refleja las necesidades adicionales que el sistema deberá cubrir para evitar una disminución relativa de la disponibilidad de atención especializada.

6.3.3 Brecha total

La brecha total resulta de la combinación de ambos componentes.

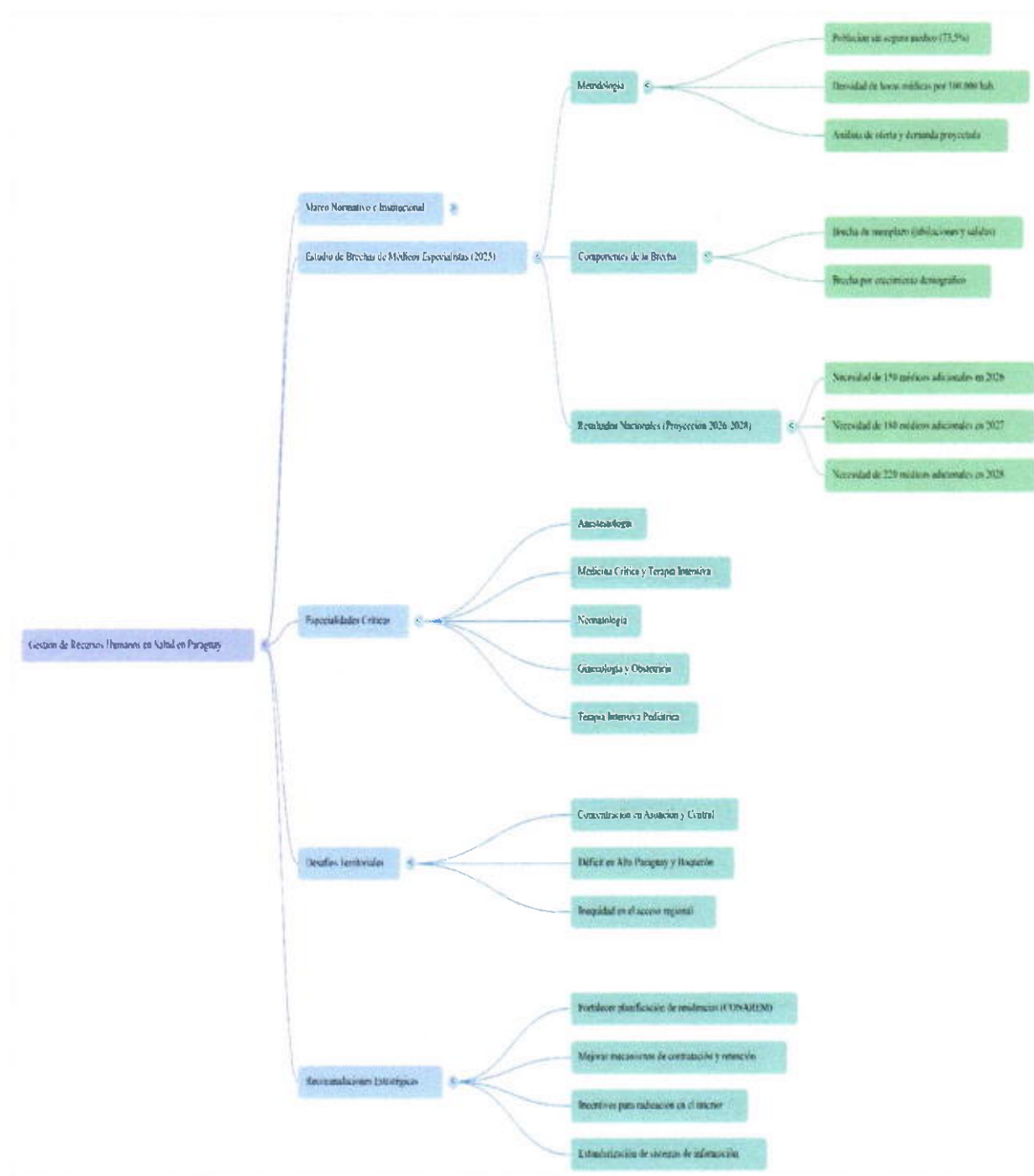
De forma conceptual, expresa la cantidad de especialistas que el sistema debe incorporar para compensar simultáneamente las pérdidas esperadas de recursos humanos y las nuevas necesidades derivadas del crecimiento de la demanda.

Figura 7. Componentes de la brecha total




ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Figura 8. Esquema del proceso metodológico aplicado para el cálculo de brechas de médicos especialistas y sus principales resultado



DAIANA GÓMEZ A.
ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

6.4 Unidad de medida utilizada

El cálculo de brechas se realizó inicialmente en **horas médicas especializadas**, ya que esta unidad refleja con mayor precisión la disponibilidad real de servicios profesionales.

La utilización de horas médicas permite representar con mayor precisión la capacidad efectiva de prestación de servicios, especialmente en contextos donde los profesionales mantienen múltiples vínculos laborales o desempeñan funciones en más de un establecimiento.

Posteriormente, estas horas fueron convertidas a **equivalentes de médicos especialistas** (mediante los supuestos de carga horaria definidos para el estudio) para facilitar la interpretación de los resultados.

Esta conversión permite expresar las brechas en términos más comprensibles para los tomadores de decisión, quienes suelen planificar la formación y contratación de recursos humanos en función del número de profesionales.

6.5 Conversión de horas médicas a número de especialistas

Para convertir las horas médicas especializadas en número de especialistas equivalentes, se utilizó como referencia la carga horaria laboral estándar definida para el sistema público de salud.

De esta manera, el cálculo considera que cada médico especialista aporta una determinada cantidad de horas médicas al sistema durante el año.

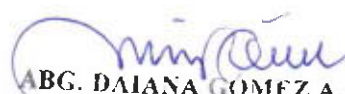
El número equivalente de especialistas se obtiene mediante la siguiente relación:

Número de especialistas = Horas médicas requeridas ÷ Horas médicas por especialista

Este procedimiento permite expresar las brechas en términos de **cantidad de médicos especialistas necesarios**.

Figura 9. El número equivalente de especialistas se obtiene mediante la siguiente relación.




ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

6.6 Año base del análisis

El año base utilizado para el análisis fue el año **2025**, correspondiente al periodo en el cual se realizó la consultoría.

Este año se utilizó como punto de referencia para:

- estimar la oferta actual de especialistas
- calcular la densidad base de especialistas
- proyectar la oferta futura de profesionales.

6.7 Periodo de proyección

Las brechas de especialistas fueron estimadas para el periodo comprendido entre: **2026 y 2030** (tomando como referencia la situación observada en el año 2025).

Este horizonte temporal permite analizar las tendencias de corto y mediano plazo en la disponibilidad de especialistas en el sistema público de salud.

La elección de este periodo responde a la necesidad de contar con una ventana de planificación suficiente para orientar políticas de formación médica especializada, las cuales suelen requerir varios años para producir nuevos profesionales.

Figura 10. Horizonte temporal del estudio para la estimación de brechas de médicos especialistas.



Nota: Para cada año proyectado se estimó la oferta disponible de especialistas, la demanda requerida para mantener la cobertura observada en 2025 y la brecha resultante entre ambas magnitudes

6.8 Estimación de Brechas por especialidad médica

El análisis de brechas se realizó de manera desagregada para cada especialidad médica incluida en el estudio.

Este enfoque permite identificar diferencias significativas entre especialidades, reconociendo que las necesidades futuras de recursos humanos no evolucionan de manera uniforme entre especialidades.

Para cada especialidad se analizaron de forma integrada los siguientes componentes:

- la oferta proyectada de especialistas disponibles en el sistema público de salud;
- las pérdidas esperadas asociadas a la salida de profesionales del sistema;
- el incremento de la demanda derivado del crecimiento de la población objetivo;
- la brecha total resultante de la combinación de ambos factores.

Este análisis permite identificar especialidades particularmente vulnerables a la reducción de su capacidad instalada, así como aquellas en las que el crecimiento de la demanda podría generar mayores requerimientos de incorporación de nuevos especialistas.

Los resultados obtenidos constituyen un insumo fundamental para la definición de prioridades institucionales en materia de formación especializada, contratación de RHS y fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red de servicios de salud.

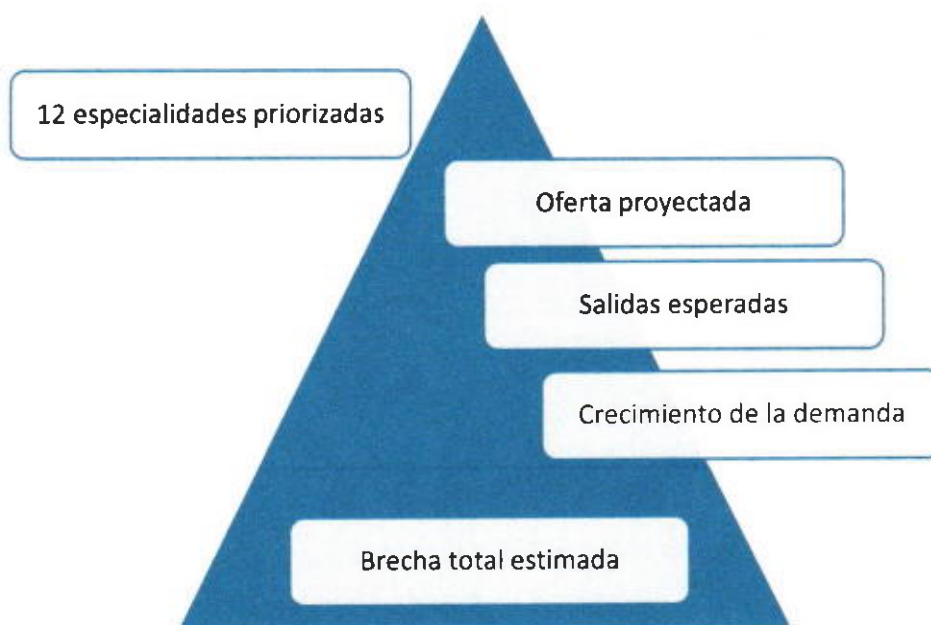
Entonces, el enfoque aplicado permite identificar con precisión:

- cuáles especialidades presentan mayor déficit
- cuáles se encuentran relativamente equilibradas
- cuáles podrían experimentar superávits relativos en el futuro.

La desagregación por especialidad constituye un insumo fundamental para orientar las políticas de formación médica especializada del país.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Figura 11. Componentes analizados para la estimación de brechas por especialidad.



6.9 Brechas acumuladas

Además del análisis anual, el estudio también considera las **brechas acumuladas de especialistas**.

Las brechas acumuladas representan la suma de los déficits proyectados a lo largo del periodo de análisis.

Este indicador permite dimensionar la magnitud del desafío que enfrenta el sistema de salud en términos de formación y contratación de especialistas.

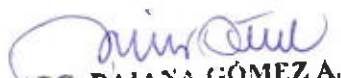
6.10 Brechas territoriales

En la medida en que la disponibilidad de especialistas presenta importantes desigualdades territoriales, el estudio también incorpora un análisis de brechas a nivel departamental.

Este análisis permite identificar:

- territorios con mayor déficit de especialistas
- territorios con mayor concentración de profesionales
- territorios con necesidades prioritarias de fortalecimiento del recurso humano.

La identificación de estas brechas territoriales resulta clave para orientar estrategias de distribución equitativa de especialistas en el país.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

6.11 Valor estratégico del análisis de brechas

Es importante considerar que el cálculo de brechas realizado en este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas.

Entre las principales se encuentran:

- la disponibilidad limitada de información sobre actividad médica
- la ausencia de registros completos de carga horaria profesional
- la variabilidad en las condiciones laborales de los especialistas.

Estas limitaciones son comunes en los sistemas de información de recursos humanos en salud de muchos países y refuerzan la necesidad de fortalecer los sistemas de registro y monitoreo del talento humano en salud.

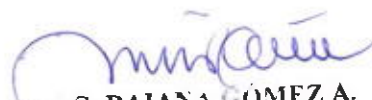
6.12 Importancia estratégica del análisis de brechas

La estimación de brechas proporciona evidencia fundamental para la toma de decisiones en materia de RHS.

Sus resultados permiten orientar decisiones estratégicas en áreas como:

- planificación de residencias médicas
- definición de cupos de formación especializada
- contratación de profesionales
- distribución territorial de especialistas.

De esta manera, el análisis de brechas contribuye a fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de la población.



ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 7

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE BRECHAS A NIVEL NACIONAL

7.1 Introducción

El presente capítulo expone los resultados nacionales de la estimación de brechas de médicos especialistas priorizados en el MSPyBS. Los resultados integran los análisis desarrollados en los capítulos precedentes, combinando las proyecciones de oferta de especialistas con las estimaciones de demanda derivadas del crecimiento de la población objetivo.

Para una correcta interpretación, corresponde recordar que los documentos originales presentan resultados en **varios planos analíticos**, que no deben confundirse entre sí:

1. **Brecha de reemplazo**, asociada a las salidas de especialistas del MSPyBS.
2. **Brecha por densidad poblacional**, asociada al crecimiento proyectado de la población sin seguro médico.
3. **Brecha total**, resultante de la suma de las dos anteriores.
4. **Escenarios de reducción de brechas**, derivados de supuestos de contratación de nuevos especialistas egresados de CONAREM.

A efectos de este documento consolidado, los resultados se presentan en ese mismo orden lógico, con aclaraciones metodológicas expresas para evitar ambigüedades.

La finalidad de este análisis es identificar la magnitud de los déficits potenciales que podrían afectar la capacidad del sistema público de salud para mantener los niveles actuales de cobertura especializada durante el periodo de proyección considerado.

La presentación secuencial de estos resultados permite comprender no solo la magnitud de las necesidades futuras de especialistas, sino también los factores que explican su comportamiento.

7.2 Consideraciones metodológicas indispensables para interpretar los resultados

Los resultados nacionales se expresan en dos unidades:

- **horas médicas semanales**, que constituyen la unidad técnica principal del estudio;
- **número de médicos equivalentes**, calculado a partir del supuesto de cargos de **2 vínculos de 12 horas semanales** cada uno, es decir, **24 horas semanales por médico** en el escenario de referencia.

La utilización de horas médicas constituye la unidad técnica principal del estudio, ya que refleja de manera más precisa la capacidad efectiva de prestación de servicios dentro de la red pública de salud.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Aclaración: con el propósito de facilitar la interpretación de los hallazgos para los procesos de planificación y gestión de recursos humanos, las horas médicas fueron convertidas a equivalentes de especialistas utilizando los supuestos de carga horaria definidos en la metodología del estudio.

Esto significa que cuando el informe habla, por ejemplo, de una necesidad de “150 médicos”, en realidad está expresando la conversión de una necesidad de horas semanales a un número equivalente de profesionales bajo ese supuesto de contratación. No debe interpretarse como un conteo nominal exacto de personas físicas, sino como una equivalencia funcional de capacidad asistencial.

7.3 Brecha nacional de reemplazo

La primera dimensión analizada es la *brecha de reemplazo*, es decir, la necesidad de cubrir las horas asistenciales que se perderían por salida de médicos especialistas del MSPyBS.

La brecha de reemplazo representa la necesidad de incorporar nuevos especialistas para compensar las pérdidas proyectadas de recursos humanos dentro del MSPyBS. Este componente constituye el nivel mínimo de reposición requerido para evitar una reducción de la capacidad instalada existente.

El análisis de los movimientos observados en la base de datos institucional permitió identificar una tendencia sostenida de salida de especialistas de las áreas priorizadas. La proyección de esta dinámica para el periodo analizado indica que el sistema deberá enfrentar una reducción progresiva de horas médicas especializadas si no se implementan mecanismos de reposición oportunos.

Desde la perspectiva de la planificación sanitaria, este resultado evidencia que una parte importante de las necesidades futuras de especialistas no se encuentra asociada al crecimiento de la demanda de servicios, sino a la necesidad de mantener la capacidad actualmente disponible

El análisis de los cortes de base de datos entre diciembre de 2023 y julio de 2025 mostró que, para el conjunto de especialidades priorizadas:

- salieron **138 especialistas priorizados** en ese periodo,
- lo que equivale a un promedio anual de **89 médicos especialistas** que dejan el MSPyBS,
- generando una pérdida anual de **2.862 horas clínicas semanales**.

El informe complementario proyecta esta dinámica para el periodo 2026–2028 y concluye que, si se mantuviera el mismo patrón observado (2023–2025), el MSPyBS perdería en esos tres años:

- **8.584 horas semanales,**
- equivalentes a **358 médicos** con 2 vínculos de 12 horas cada uno.

Interpretación técnica de la *brecha de reemplazo*

Esta cifra expresa una necesidad de reposición mínima para evitar que el sistema retroceda respecto de su capacidad instalada observada en 2025. En otras palabras, antes incluso de responder al crecimiento de la demanda, el MSPyBS ya necesita reemplazar el personal que previsiblemente saldrá del sistema.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Especialidades más afectadas por la brecha de reemplazo

El informe complementario señala que las pérdidas no afectan de manera uniforme a todas las especialidades. En términos de proporción de horas perdidas respecto de la situación base, los mayores impactos recaen en:

- terapia intensiva pediátrica,
- cardiología,
- psiquiatría,
- medicina interna,
- ginecología y obstetricia,
- anestesiología.

Además, en términos absolutos, el informe advierte que especialidades primarias numéricamente más grandes, como ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría, presentan pérdidas anuales relevantes que pueden dificultar el reemplazo oportuno, debido al volumen de profesionales que actualmente integran la red pública de servicios.

7.4 Brecha nacional por densidad poblacional

La segunda dimensión del análisis corresponde a la *brecha por densidad poblacional*, es decir, a las horas médicas adicionales requeridas para mantener en el futuro la misma cobertura observada en 2025, medida en horas semanales por 100.000 habitantes sin seguro médico.

El informe complementario resume los resultados nacionales de este componente de la siguiente manera:

- en **2026** serían necesarias **739 horas semanales adicionales**;
- en **2027** se agregarían **716 horas adicionales**, alcanzando un total acumulado de **1.455 horas**;
- en **2028** el incremento adicional sería de **956 horas**, con un total acumulado de **2.411 horas semanales** respecto de 2025.

Aclaración: en relación con los resultados, se enfatiza que las 739 horas semanales adicionales corresponde al total acumulado al 2026, donde la cifra de 716 corresponde al incremento adicional de 2027 y no reemplaza al valor anterior. El valor total acumulado para el 2027 es 1.455 horas, seguido por el año 2028 donde se agregan 956 horas más para un total acumulado al 2028 de 2.411 horas.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Tabla 12. Necesidad horas semanales adicionales por especialidades priorizadas y años.

Especialidad priorizada (Res. N°314)	Horas adicionales necesarias en 2026 en relación con 2025	Horas adicionales necesarias en 2027 en relación con 2025	Horas adicionales necesarias en 2028 en relación con 2025
Anestesiología	66	131	208
Cardiología	12	23	35
Cirugía General	82	162	274
Ginecología y Obstetricia	156	307	519
Medicina Crítica y Terapia Intensiva	40	79	123
Medicina Familiar	245	483	805
Medicina Interna	97	191	321
Neonatología	13	25	39
Oncología Clínica	12	24	36
Pediatría	5	8	11
Psiquiatría	11	22	40
Terapia Intensiva Pediátrica	0	0	0
Total	739	1,455	2,411
Observación: cantidad de horas semanales necesarias para mantener la densidad de horas especializadas por 100.000 habitantes sin seguro médico, tal como la observada en 2025 en el MSPyBS.			

Conversión a número de médicos

El mismo informe indica que, expresada en número de profesionales, la brecha por densidad proyectada alcanzaría hacia 2028 un déficit total de:

- **200 médicos** de 1 vínculo de 12 horas, o
- **100 médicos** de 2 vínculos de 12 horas cada uno.

Observación metodológica importante

Los documentos recuerdan expresamente que esta metodología **no demuestra que la densidad observada en 2025 sea óptima o suficiente**, sino que estima cuántas horas serían necesarias para mantener esa misma cobertura frente a los cambios demográficos proyectados.

7.5 Brecha nacional total

La **brecha total nacional** surge de sumar:

- la brecha de reemplazo, y
- la brecha por densidad poblacional.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

El informe complementario sintetiza el resultado de esa suma para el periodo 2026–2028 del siguiente modo:

- **2026: 3.599 horas semanales**
- **2027: 4.317 horas semanales**
- **2028: 5.273 horas semanales**

Se observa una tendencia creciente al aumento con respecto a la brecha de horas semanales.

Al convertir esas horas a médicos equivalentes con 2 vínculos de 12 horas, la necesidad total resultante es:

- **150 médicos adicionales en 2026**
- **180 médicos adicionales en 2027**
- **220 médicos adicionales en 2028**

Tabla 13. Resultado de la Brecha Nacional Total en términos de horas semanales y médicos con 2 vínculos de 12 horas distribuidos para el periodo 2026-2028

Años	Cantidad de Horas semanales	Cantidad de Médicos adicionales
2026	3.599	150
2027	4.317	180
2028	5.273	220

Interpretación de la brecha nacional total

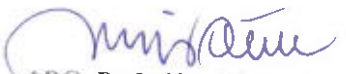
Estas cantidades muestran las cantidades de médicos especialistas adicionales que requeriría el MSPBS si de manera simultánea se asumen los siguientes supuestos: que el reemplazo de especialistas es previsible en el tiempo, y que se mantiene la cobertura actual tomando en consideración la futura expansión de la población sin seguro médico.

La brecha nacional total es la expresión de una necesidad combinada de sostener la capacidad instalada actual y el acompañamiento del crecimiento de la demanda futura.

Interpretación técnica

Estas cifras constituyen la mejor síntesis nacional del estudio, porque muestran cuántos especialistas adicionales requeriría el MSPyBS si quisiera, simultáneamente:

1. reemplazar a los especialistas que previsiblemente saldrán del sistema; y

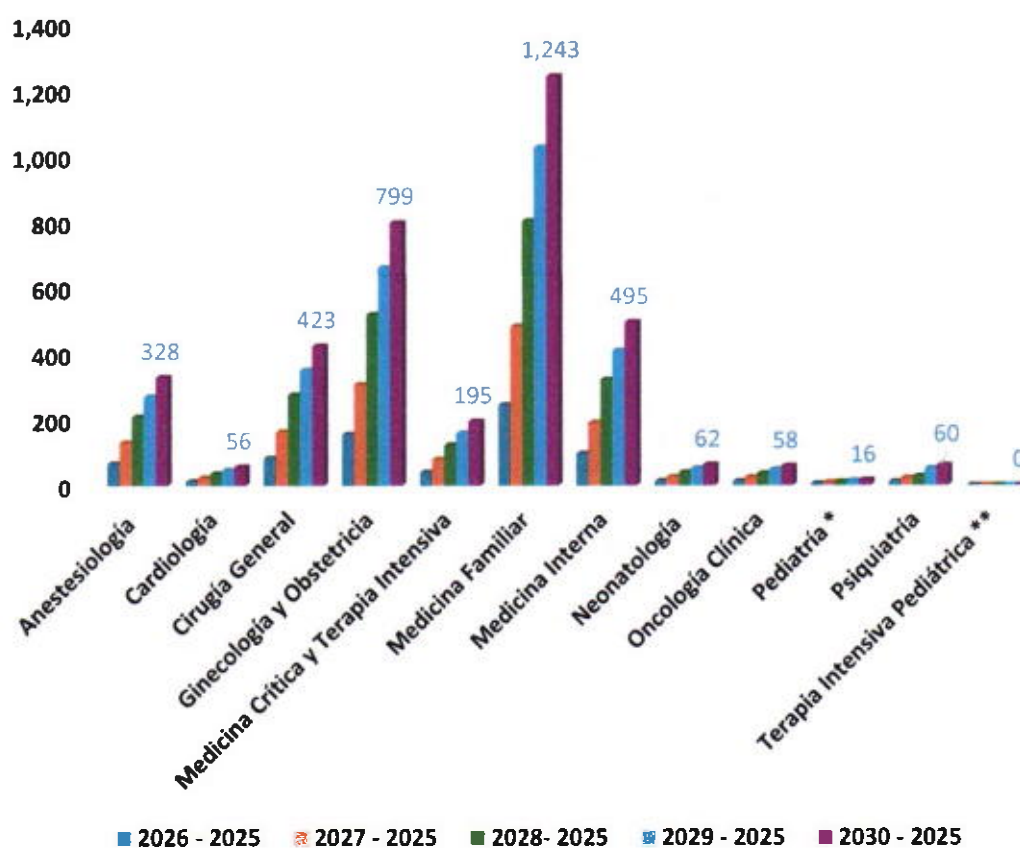

ABC. DAIANA GOMILA
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

2. mantener la cobertura actual frente al crecimiento proyectado de la población sin seguro médico.

En otras palabras, la brecha total expresa la necesidad combinada de **sostener la capacidad instalada actual y acompañar el crecimiento de la demanda futura**.

Los resultados de horas adicionales muestran una progresión ascendente que acentúa el déficit de médicos especialistas. Los gráficos x.-x muestran que la progresión de años se acompaña de mayor necesidad de horas adicionales comparados con el año base 2025. Por lo que, estas cifras podrían sugerir intervenciones activas donde la brecha tiende a crecer y monitorear las brechas que se estabilizan en el tiempo.

Figura 12. Necesidad proyectada para 2026-2030 de horas semanales adicionales de médicos especialistas priorizados para mantener la densidad por población observada en 2025



ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

7.6 Lectura sustantiva del resultado nacional

7.6.1 El problema no es solo de expansión, sino también de sostenimiento

Una parte importante de la brecha total no se explica por el crecimiento poblacional, sino por la necesidad de reemplazar especialistas que salen del sistema. Por ello, cualquier estrategia nacional que solo piense en ampliar oferta sin fortalecer retención y reposición quedará incompleta.

La brecha nacional total calculada no se explica solo por el crecimiento de la población, sino que requiere elementos de análisis que consideren la salida de los médicos especialistas del sistema, por lo que el problema no se trata solo de la expansión de la atención sino también su sostenimiento en el tiempo.

Es importante enfatizar que esta necesidad de reemplazar especialistas que salen del sistema formó parte crucial del análisis, por lo que se sugiere que toda estrategia nacional que haga referencia a los médicos especialistas incluya la ampliación de la oferta con el fortalecimiento, retención y reposición necesarios para sostener el sistema.

7.6.2 El déficit se incrementa año a año

Las cifras muestran una progresión ascendente:

- 3.599 horas en 2026
- 4.317 en 2027
- 5.273 en 2028

Esto implica que, de no mediar intervenciones activas, la brecha no se estabiliza, sino que tiende a crecer.

7.6.3 La presión demográfica no es homogénea por especialidad

Los documentos subrayan que el crecimiento poblacional no afecta del mismo modo a todas las áreas. Por ejemplo, en pediatría y terapia intensiva pediátrica la disminución proyectada de la población menor de 15 años tiende a reducir la necesidad adicional por densidad, aunque ello no elimina necesariamente otras necesidades del sistema.

7.7 Resultados nacionales bajo un escenario de contratación de nuevos egresados

El estudio no se limita a cuantificar déficits. También explora escenarios de reducción de brechas mediante contratación de nuevos especialistas formados por CONAREM.

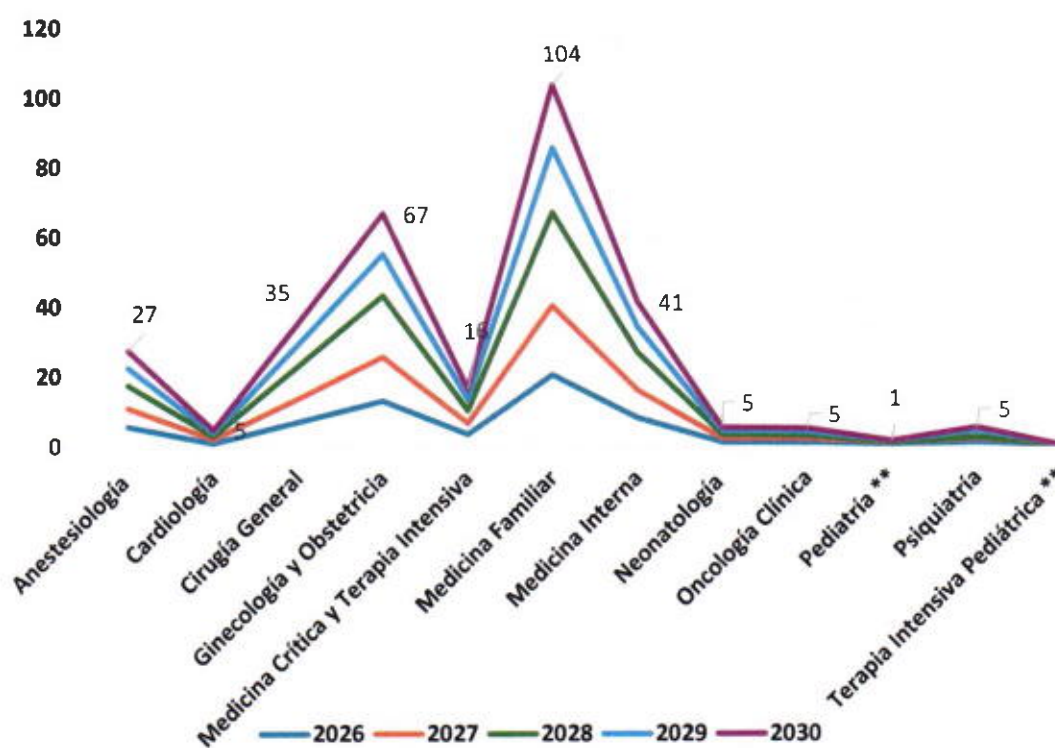
En el Informe 4, se analizó el efecto de contratar al **50 % de los nuevos titulados por CONAREM** entre 2026 y 2028, bajo el supuesto de dos vínculos de 12 horas por profesional. Ese análisis, referido principalmente a la **brecha por densidad poblacional**, muestra que:

- En **2026** persistirían déficits en:
 - ginecología y obstetricia,
 - anestesiología,


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- neonatología,
 - terapia intensiva pediátrica,
 - psiquiatría;
 - mientras que otras especialidades tendrían excedentes relativos.
- En 2028 quedarían en leve déficit:
 - ginecología y obstetricia,
 - anestesiología,
 - terapia intensiva pediátrica.

Figura 13. Proyección de la necesidad adicional de Médicos de 2026 a 2030 para mantener la densidad de la oferta observada en 2025, por especialidad priorizada - Médicos con 1 vínculo de 12 horas.



ABG. DAIANA GÓMEZ A
 SECRETARIA GENERAL
 MSP Y BS

Años	Cantidad de Horas semanales
2026	3.599
2027	4.317
2028	5.273

7.9 Resultados nacionales de brechas de médicos especialistas priorizados

La estimación nacional de brechas de médicos especialistas priorizados para el MSPyBS muestra que el problema a enfrentar no responde a una sola causa, sino a la convergencia de dos procesos simultáneos: por un lado, la salida de especialistas del sistema público, que obliga a reponer capacidad instalada ya existente; y, por otro, el crecimiento proyectado de la población sin seguro médico, que incrementa la necesidad de horas médicas especializadas para mantener el nivel de cobertura observado en 2025.

En relación con la primera dimensión, el análisis de las salidas de especialistas del MSPyBS entre diciembre de 2023 y julio de 2025 permitió proyectar una brecha de reemplazo de **8.584 horas semanales** para el periodo 2026–2028, equivalente a **358 médicos** con dos vínculos de 12 horas cada uno. Esta pérdida potencial de capacidad asistencial pone de relieve que una parte importante de la brecha futura no se explica por expansión de la demanda, sino por la necesidad de reposición del personal que dejará de prestar servicios en el Ministerio.

En cuanto a la segunda dimensión, la metodología de densidades de horas semanales por 100.000 habitantes sin seguro médico permitió estimar que, para mantener la cobertura de 2025, serían necesarias **739 horas adicionales en 2026**, a las que se sumarían **716 horas adicionales en 2027**, alcanzando un total acumulado de **1.455 horas**, y posteriormente **956 horas adicionales en 2028**, con un total acumulado de **2.411 horas semanales** respecto del año base. Expresado en número de profesionales equivalentes, esta brecha por densidad alcanzaría hacia 2028 aproximadamente **100 médicos** con dos vínculos de 12 horas.

La suma de ambos componentes arroja la **brecha total nacional**, que asciende a **3.599 horas semanales en 2026, 4.317 horas en 2027 y 5.273 horas en 2028**. Convertidas a médicos equivalentes con dos vínculos de 12 horas, estas cifras representan una necesidad de aproximadamente **150 médicos adicionales en 2026, 180 en 2027 y 220 en 2028**. Estas magnitudes sintetizan el desafío nacional del MSPyBS en materia de especialidades priorizadas, ya que expresan la necesidad combinada de reemplazar las salidas previstas y responder al crecimiento de la población usuaria del sistema.

Los resultados también muestran que el déficit no afecta por igual a todas las especialidades. Las mayores tensiones relativas por salidas se observan en terapia intensiva pediátrica, cardiología, psiquiatría, medicina interna, ginecología y obstetricia y anestesiología, mientras que, desde la perspectiva de la proyección por densidad, algunas especialidades vinculadas a la población pediátrica presentan una dinámica diferente debido al descenso proyectado del grupo menor de 15 años. No obstante, estas particularidades demográficas no eliminan la necesidad de análisis estratégicos más finos por servicio, territorio y modelo de atención.

Finalmente, los ejercicios de simulación muestran que la contratación por parte del MSPyBS de una proporción significativa de los nuevos especialistas egresados de CONAREM podría reducir sustancialmente las brechas proyectadas. Sin embargo, la persistencia de déficits en algunas especialidades críticas confirma que el problema no se resolverá únicamente con expansión de cupos formativos, sino que requerirá estrategias combinadas de contratación, retención y mejor distribución territorial.

7.10 Cierre del capítulo

En síntesis, el resultado nacional del estudio muestra que Paraguay enfrenta una brecha relevante y creciente de médicos especialistas priorizados en el sector público. La principal fortaleza del estudio es haber conseguido cuantificar esa brecha distinguiendo con claridad sus dos motores principales: la reposición de especialistas que salen del sistema y la respuesta al crecimiento de la demanda poblacional. Esa doble lectura debe preservarse en la publicación final, porque de ella depende una correcta interpretación de los escenarios de política pública



ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 8

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE BRECHAS A NIVEL DEPARTAMENTAL

8.1 Introducción

Además del análisis nacional de brechas de médicos especialistas, el estudio desarrollado para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social incorpora un análisis territorial que permite identificar cómo se distribuyen las capacidades asistenciales y las necesidades de especialistas en los diferentes departamentos del país.

El análisis territorial resulta particularmente relevante en Paraguay, donde la distribución de profesionales de salud presenta importantes desigualdades geográficas. Estas desigualdades se traducen en diferencias en el acceso a servicios especializados entre regiones del país.

Por esta razón, la estimación de brechas departamentales constituye un insumo fundamental para el diseño de políticas de:

- distribución territorial de especialistas
- planificación de servicios hospitalarios
- estrategias de incentivos para radicación profesional
- fortalecimiento de redes de atención.

8.2 Marco metodológico del análisis territorial

El análisis territorial de brechas sigue la misma lógica metodológica utilizada para el cálculo de brechas nacionales.

El procedimiento consiste en:

1. Identificar la cantidad de especialistas y horas médicas disponibles en cada departamento.
2. Estimar la población sin seguro médico residente en ese territorio.
3. Calcular la densidad de horas médicas por 100.000 habitantes.
4. Comparar dicha densidad con las necesidades proyectadas de atención especializada.

De esta manera, es posible estimar la magnitud de la brecha en cada territorio.

8.3 Consideraciones sobre la interpretación de las brechas territoriales

Es importante advertir que las brechas territoriales deben interpretarse con cautela.

En muchos casos, los servicios especializados no se organizan estrictamente por residencia de la población, sino por redes regionales de atención. Esto significa que pacientes residentes en un departamento pueden recibir atención especializada en hospitales ubicados en otros territorios.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

En Paraguay, esta situación se observa particularmente en departamentos que concentran hospitales de referencia nacional o regional.

Por lo tanto, la interpretación de las brechas departamentales debe considerar también la existencia de flujos de atención interdepartamentales.

8.4 Concentración de especialistas en el área metropolitana

Uno de los resultados más consistentes del estudio es la alta concentración de especialistas en el área metropolitana de Asunción.

Los documentos de la consultoría señalan que la mayor parte de la capacidad instalada de atención especializada del MSPyBS se encuentra concentrada en Asunción y el Departamento Central. Esta concentración responde a varios factores estructurales:

- presencia de hospitales de referencia nacional
- mayor disponibilidad de infraestructura sanitaria
- proximidad a centros de formación médica
- mayor disponibilidad de oportunidades laborales.

Sin embargo, esta concentración también genera desigualdades territoriales en el acceso a servicios especializados.

8.5 Departamentos con menor disponibilidad de especialistas

El análisis territorial muestra que varios departamentos del país presentan densidades de especialistas considerablemente menores que el promedio nacional.

Tabla 14. Distribución de las horas totales y las densidades estimadas por departamentos y a nivel nacional.

Departamento	Total Horas Semanales 2025 en las 12 especialidades priorizadas	Densidad Horas Semanales por 100.000 habitantes sin seguro médico en las 12 especialidades priorizadas	Densidad promedio Horas Semanales por 100.000 a nivel nacional en las 12 especialidades priorizadas	Diferencia densidad promedio Horas Semanales por 100.000 entre los departamentos, en las 12 especialidades priorizadas
ALTO PARAGUAY	316	2291,037871	3389,952196	-1098,914326
ALTO PARANA	12282	2114,901264	3389,952196	-1275,050932
AMAMBAY	3127	2149,252876	3389,952196	-1240,699321
BOQUERON	2100	3516,475486	3389,952196	126,5232896
CAAGUAZU	10293	2704,274232	3389,952196	-685,6779647
CAAZAPA	3876	3100,740914	3389,952196	-289,2112823
CANINDYU	3134	1751,04198	3389,952196	-1638,910217

CAPITAL	27917	12889,25529	3389,952196	9499,303094
CENTRAL	44149	3576,19816	3389,952196	186,2459636
CONCEPCION	5215	2851,338901	3389,952196	-538,6132955
CORDILLERA	5482	2425,791022	3389,952196	-964,1611743
GUAIRA	5528	3759,679617	3389,952196	369,7274205
ITAPUA	10235	2741,584636	3389,952196	-648,3675608
MISIONES	5404	6263,019244	3389,952196	2873,067047
ÑEEMBU CU	2118	3551,580828	3389,952196	161,6286317
PARAGUARI	5101	3133,652868	3389,952196	-256,2993282
PTE. HAYES	3338	3902,150259	3389,952196	512,1980627
SAN PEDRO	5462	1730,316792	3389,952196	-1659,635404
Total	155077	3389,952196	3389,952196	

Entre los territorios con menor disponibilidad relativa de especialistas se identifican:

- Alto Paraguay
- Boquerón
- Amambay
- Canindeyú
- Ñeembucú.

En estos territorios, la oferta de especialistas del sistema público resulta limitada, lo que obliga a derivar pacientes hacia hospitales ubicados en otros departamentos.

8.6 Desigualdad territorial en el acceso a especialidades críticas

El estudio también identifica desigualdades particularmente marcadas en algunas especialidades consideradas críticas para el funcionamiento del sistema de salud. Entre ellas se destacan:

- anestesiología
- terapia intensiva
- neonatología
- psiquiatría
- ginecología y obstetricia.

La limitada disponibilidad de estas especialidades en determinados territorios puede afectar la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante situaciones clínicas complejas.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

8.7 Impacto de los hospitales de referencia

La existencia de hospitales de referencia nacional y regional genera un patrón particular de distribución territorial de especialistas.

Estos hospitales concentran una proporción significativa de profesionales especializados, lo que explica parte de la desigualdad territorial observada en los indicadores de densidad departamental.

Entre los establecimientos que cumplen un rol central en la provisión de servicios especializados se encuentran:

- hospitales de referencia nacional ubicados en Asunción
- hospitales regionales de mayor complejidad.

Estos establecimientos atienden pacientes provenientes de múltiples departamentos del país.

8.8 Limitaciones del análisis territorial

El análisis territorial de brechas presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados.

Entre las principales se encuentran:

- ausencia de registros detallados de movilidad de pacientes entre departamentos
- limitaciones en los sistemas de información sobre actividad médica
- variabilidad en la organización de redes de atención.

Estas limitaciones implican que las brechas territoriales deben interpretarse como **indicadores aproximados de desigualdad en la distribución de recursos humanos**, y no necesariamente como medidas exactas de acceso efectivo a la atención especializada.

8.9 Importancia del análisis territorial para la planificación del sistema de salud

A pesar de las limitaciones mencionadas, el análisis territorial de brechas constituye una herramienta valiosa para la planificación sanitaria.

Sus resultados pueden orientar decisiones estratégicas relacionadas con:

- asignación de nuevos cargos de especialistas
- fortalecimiento de hospitales regionales
- diseño de incentivos para radicación en zonas con déficit
- desarrollo de redes de atención integradas.

Estas políticas pueden contribuir a reducir las desigualdades territoriales en el acceso a servicios especializados y fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

8.10 Síntesis del análisis territorial

En síntesis, los resultados del estudio muestran que la distribución de especialistas en Paraguay presenta una marcada concentración en el área metropolitana y en los establecimientos de mayor complejidad.

Esta distribución refleja en parte la organización histórica del sistema sanitario, pero también plantea desafíos importantes para garantizar un acceso equitativo a la atención especializada en todo el territorio nacional.

La identificación de estas brechas territoriales constituye un paso fundamental para orientar estrategias de fortalecimiento del recurso humano en salud en las distintas regiones del país.


ABG. DAIANA GOMEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 9

ESCENARIOS DE REDUCCIÓN DE BRECHAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

9.1 Introducción

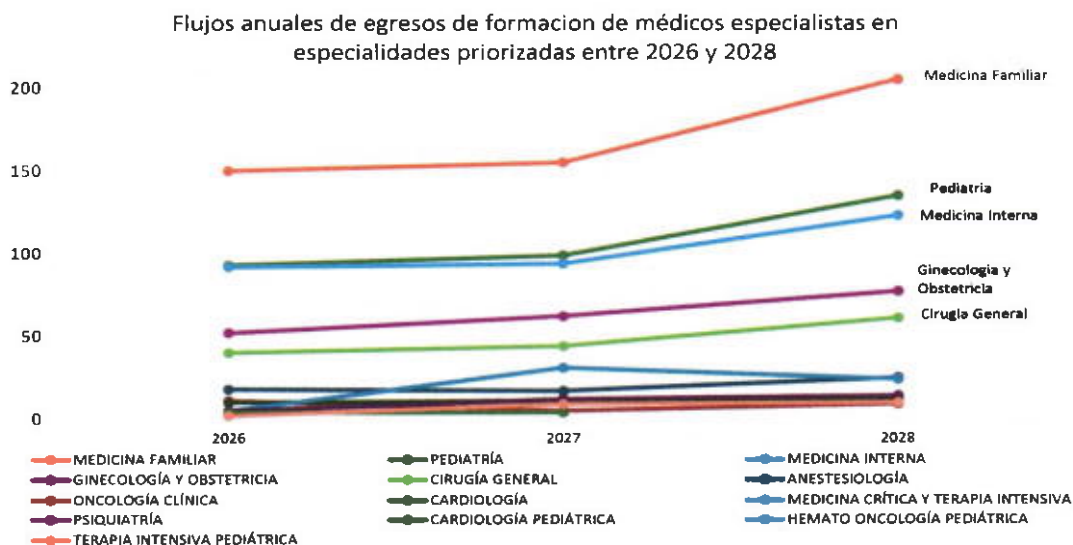
Además de estimar las brechas actuales y proyectadas de médicos especialistas, la consultoría incorporó ejercicios de simulación orientados a analizar posibles escenarios de reducción de dichas brechas.

El objetivo de estos ejercicios fue evaluar el impacto que podrían tener distintas estrategias de incorporación de especialistas al sistema público de salud, particularmente a partir de los egresados de programas de formación médica especializada.

En Paraguay, la principal fuente de nuevos especialistas proviene del sistema nacional de residencias médicas coordinado por la **Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM)**. Por esta razón, los escenarios de reducción de brechas analizados en el estudio se basan principalmente en supuestos de contratación de médicos especialistas recientemente formados en este sistema.

Los resultados presentados en este capítulo se fundamentan en los análisis desarrollados en el **Informe Final de la Consultoría (Informe 4)** y en el **Informe Complementario**, que incluyen simulaciones de incorporación de nuevos especialistas y su impacto en la reducción de brechas proyectadas.

Gráfico 14. Proyección del flujo anual de egresos de formación por CONAREM (médicos de las especialidades priorizadas de 2026 a 2028).



ABG. DAIANA GONZALEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Observación: Hipótesis de partida para la proyección: 1) Especialidades primarias: 3 años de formación, y 2) Especialidades Derivadas: 2 años de formación.

9.2 Supuestos utilizados para los escenarios de simulación

Los escenarios de reducción de brechas se construyen a partir de una serie de supuestos metodológicos que permiten estimar el efecto potencial de incorporar nuevos especialistas al MSPyBS.

Entre los principales supuestos utilizados se encuentran los siguientes:

1. Fuente de nuevos especialistas

Se considera que los nuevos especialistas disponibles para contratación provienen de los programas de residencia médica acreditados por CONAREM.

2. Proporción de contratación

El escenario principal analizado en el estudio supone que el MSPyBS logra contratar aproximadamente **el 50 % de los nuevos especialistas egresados de CONAREM.**

Este supuesto se utiliza como un escenario intermedio que permite explorar el impacto potencial de la incorporación de nuevos especialistas al sistema público de salud.

3. Carga horaria considerada

Tal como se explicó en capítulos anteriores, el cálculo se realiza utilizando como referencia una carga horaria equivalente a:

dos vínculos de 12 horas semanales por especialista.

Este supuesto permite estimar la contribución de cada nuevo especialista en términos de horas médicas disponibles para el sistema.

4. Especialidades consideradas

Las simulaciones se realizan únicamente para las **especialidades priorizadas en el estudio**, que corresponden a aquellas consideradas estratégicas para el funcionamiento del sistema público de salud.

9.3 Escenario de contratación de nuevos especialistas

El escenario analizado consiste en estimar el efecto que tendría la contratación progresiva de nuevos especialistas egresados de CONAREM en el periodo comprendido entre **2026 y 2028.**

El análisis se centra en evaluar en qué medida esta incorporación de nuevos profesionales podría reducir las brechas estimadas en el sistema público de salud.

9.4 Resultados del escenario de reducción de brechas


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Los resultados del ejercicio de simulación muestran que la contratación de una proporción significativa de nuevos especialistas podría contribuir a reducir de manera importante las brechas proyectadas.

No obstante, el estudio también evidencia que la incorporación de nuevos especialistas no resolvería completamente el problema en todas las especialidades.

9.5 Especialidades que podrían alcanzar equilibrio

De acuerdo con los resultados del escenario de simulación, varias especialidades podrían alcanzar un equilibrio entre oferta y demanda mediante la incorporación de nuevos especialistas.

En estas especialidades, la cantidad de nuevos profesionales disponibles permitiría compensar tanto el crecimiento de la demanda como las salidas proyectadas del sistema.

9.6 Especialidades que continuarían presentando déficit

A pesar de la incorporación de nuevos especialistas, algunas especialidades continuarían presentando brechas.

Entre las especialidades en las que persistirían déficits se encuentran:

- anestesiología
- medicina crítica
- neonatología
- terapia intensiva pediátrica
- ginecología y obstetricia.

Estas especialidades presentan una demanda particularmente elevada o una oferta limitada de nuevos profesionales, lo que dificulta cerrar completamente las brechas proyectadas.

9.7 Importancia de la retención de especialistas

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es que la reducción de brechas no depende únicamente de la formación de nuevos especialistas.

Como se explicó en capítulos anteriores, una parte significativa del déficit proyectado se debe a la salida de especialistas del sistema público de salud.

Por esta razón, cualquier estrategia orientada a reducir las brechas deberá considerar también medidas destinadas a:

- fortalecer la retención de especialistas en el sistema público
- mejorar las condiciones laborales
- ofrecer incentivos adecuados para la permanencia de profesionales.

9.8 Limitaciones del escenario analizado

Los escenarios de reducción de brechas presentados en este estudio se basan en supuestos que deben interpretarse como aproximaciones.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

Entre las principales limitaciones se encuentran:

- incertidumbre sobre la cantidad futura de egresados de programas de residencia
- variabilidad en las decisiones de inserción laboral de los nuevos especialistas
- posibles cambios en las políticas de contratación del sector público.

Estas limitaciones implican que los resultados deben interpretarse como estimaciones orientativas para la planificación del sistema de salud.

9.9 Implicancias para la política pública

A pesar de las limitaciones señaladas, los resultados del estudio permiten extraer algunas implicancias relevantes para la planificación del recurso humano en salud.

En particular, el análisis sugiere que la reducción de brechas requerirá una combinación de estrategias que incluyan:

- expansión de la formación de especialistas
- contratación efectiva de egresados de residencias
- fortalecimiento de políticas de retención
- mejor distribución territorial de especialistas.

La implementación coordinada de estas estrategias podría contribuir a fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de la población.

9.10 Síntesis del capítulo

En síntesis, los escenarios de simulación analizados en el estudio muestran que la contratación de nuevos especialistas egresados de CONAREM podría reducir de manera significativa las brechas proyectadas en el sistema público de salud.

Sin embargo, los resultados también indican que la incorporación de nuevos profesionales, por sí sola, no será suficiente para resolver completamente los déficits existentes en algunas especialidades críticas.

Por lo tanto, la reducción efectiva de brechas requerirá una estrategia integral que combine políticas de formación, contratación, retención y distribución territorial de especialistas.


ABG. DAIANA GONZALEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 10

RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO: ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL MSPyBS

10.1 Introducción

Además del análisis cuantitativo de la oferta, demanda y brechas de médicos especialistas, la consultoría incorporó un componente cualitativo orientado a comprender los factores que influyen en la permanencia o salida de médicos especialistas del sistema público de salud.

Este componente se desarrolló mediante una encuesta dirigida a médicos especialistas que se desempeñan en establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El objetivo de esta encuesta fue obtener información directa de los profesionales respecto a:

- sus condiciones laborales
- sus percepciones sobre el ejercicio profesional en el sistema público
- los factores que influyen en su decisión de permanecer o abandonar el sistema.

La incorporación de este componente cualitativo permite enriquecer la interpretación de los resultados cuantitativos del estudio, proporcionando elementos adicionales para comprender las dinámicas que afectan la disponibilidad de especialistas en el sistema público de salud.

10.2 Objetivos de la encuesta

La encuesta tuvo como propósito principal identificar los factores asociados a la permanencia y movilidad laboral de los médicos especialistas que trabajan en el MSPyBS.

Entre los objetivos específicos de la encuesta se encuentran:

- conocer las características laborales de los especialistas
- identificar factores de satisfacción e insatisfacción laboral
- analizar las motivaciones que influyen en la permanencia en el sistema público
- identificar factores que podrían incentivar la salida del sistema.

Esta información resulta relevante para orientar políticas destinadas a fortalecer la retención de especialistas en el sistema público de salud.

10.3 Diseño de la encuesta

La encuesta fue diseñada como un instrumento de recolección de información dirigido a médicos especialistas que se desempeñan en establecimientos del MSPyBS.

El cuestionario incluyó preguntas relacionadas con:

- condiciones de trabajo
- carga laboral


ABG. DAIANA GONZALEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- remuneración
- satisfacción profesional
- perspectivas de permanencia en el sistema público.

Las preguntas fueron estructuradas principalmente en formato cerrado, lo que permitió sistematizar los resultados y facilitar su análisis.

10.4 Participación en la encuesta

La encuesta fue respondida por un conjunto de médicos especialistas pertenecientes a diferentes especialidades y establecimientos del sistema público de salud.

Si bien la encuesta no constituye una muestra estadísticamente representativa de la totalidad de especialistas del MSPyBS, sus resultados permiten identificar tendencias relevantes respecto a las percepciones y experiencias laborales de los profesionales.

Por lo tanto, los resultados deben interpretarse como indicadores cualitativos de tendencias, más que como estimaciones exactas del conjunto de especialistas del sistema.

10.5 Principales factores asociados a la permanencia en el sistema público

Los resultados de la encuesta muestran que los médicos especialistas identifican diversos factores que influyen en su decisión de permanecer en el sistema público de salud.

Entre los factores mencionados con mayor frecuencia se encuentran:

- vocación de servicio público
- oportunidades de desarrollo profesional
- experiencia clínica en hospitales de referencia
- compromiso con la atención de la población.

Estos factores reflejan que, además de las condiciones laborales, existen motivaciones profesionales y sociales que influyen en la permanencia de los especialistas en el sistema público.

10.6 Factores asociados a la salida del sistema público

La encuesta también permitió identificar diversos factores que podrían motivar a los especialistas a abandonar el sistema público de salud.

Entre los factores mencionados con mayor frecuencia se encuentran:

- niveles de remuneración considerados insuficientes
- sobrecarga de trabajo
- limitaciones en infraestructura y equipamiento
- dificultades en la organización de los servicios.

Estos factores coinciden con problemáticas identificadas en estudios previos sobre recursos humanos en salud en diversos contextos internacionales.


ABG. DAIANA GONZALEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

10.7 Condiciones laborales de los especialistas

Los resultados de la encuesta evidencian que los médicos especialistas del MSPyBS desempeñan sus funciones en condiciones laborales que pueden variar considerablemente según el establecimiento de salud y la especialidad.

Entre los aspectos destacados por los profesionales se encuentran:

- diversidad de modalidades de contratación
- variabilidad en la carga horaria
- diferencias en la disponibilidad de recursos para el ejercicio profesional.

Estas condiciones pueden influir tanto en la calidad de la atención como en la satisfacción laboral de los especialistas.

10.8 Relación entre condiciones laborales y retención de especialistas

Los resultados de la encuesta sugieren que las condiciones laborales desempeñan un papel importante en la decisión de los especialistas de permanecer o abandonar el sistema público de salud.

En particular, los profesionales destacan la importancia de contar con:

- condiciones de trabajo adecuadas
- estabilidad laboral
- oportunidades de desarrollo profesional
- reconocimiento institucional.

La mejora de estos aspectos podría contribuir a fortalecer la retención de especialistas en el sistema público de salud.

10.9 Vinculación entre resultados cualitativos y análisis de brechas

Los resultados de la encuesta permiten contextualizar los resultados del análisis de brechas presentado en los capítulos anteriores.

En particular, ayudan a explicar por qué el sistema público de salud puede experimentar salidas de especialistas que contribuyen a ampliar las brechas proyectadas.

De esta manera, el componente cualitativo del estudio aporta una perspectiva complementaria que permite comprender mejor los factores estructurales que influyen en la disponibilidad de especialistas en el sistema público.

10.10 Limitaciones del componente cualitativo

Es importante reconocer que los resultados de la encuesta presentan algunas limitaciones que deben ser consideradas en su interpretación.

Entre ellas se destacan:

- la participación voluntaria de los profesionales


ABC. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- el tamaño limitado de la muestra
- la posibilidad de sesgos en las respuestas.

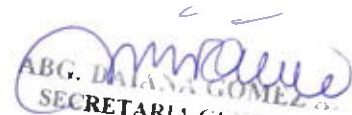
Estas limitaciones implican que los resultados deben interpretarse como indicativos de tendencias, más que como estimaciones exactas del conjunto de especialistas del sistema.

10.11 Síntesis del capítulo

En síntesis, los resultados de la encuesta a médicos especialistas del MSPyBS permiten identificar diversos factores que influyen en la permanencia y movilidad laboral de los profesionales en el sistema público de salud.

Entre estos factores se destacan las condiciones laborales, las oportunidades de desarrollo profesional y los niveles de remuneración.

La comprensión de estos factores resulta fundamental para diseñar políticas orientadas a fortalecer la retención de especialistas en el sistema público de salud y, de esta manera, contribuir a reducir las brechas identificadas en el estudio.


ABG. DALANA GÓMEZ
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 11

IDENTIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CRÍTICAS PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

11.1 Introducción

A partir de los resultados del análisis de oferta, demanda y brechas de médicos especialistas presentados en los capítulos anteriores, el estudio identifica un conjunto de especialidades que presentan déficits particularmente relevantes para el funcionamiento del sistema público de salud.

La identificación de estas especialidades críticas constituye un elemento fundamental para la planificación de políticas de recursos humanos en salud, ya que permite orientar las decisiones relacionadas con:

- planificación de residencias médicas
- asignación de cupos de formación especializada
- contratación de nuevos especialistas
- diseño de incentivos para la permanencia en el sistema público.

Este capítulo sintetiza los hallazgos derivados del análisis cuantitativo y cualitativo desarrollado en el marco de la consultoría.

11.2 Criterios utilizados para identificar especialidades críticas

La identificación de especialidades críticas se basa en la consideración conjunta de diversos factores analizados en el estudio.

Entre los principales criterios considerados se encuentran:

1. Magnitud de la brecha proyectada

Se identifican como críticas aquellas especialidades que presentan brechas importantes en la proyección de oferta y demanda de especialistas.

2. Impacto en la atención sanitaria

Se consideran especialmente relevantes aquellas especialidades que cumplen un rol estratégico en la provisión de servicios esenciales para la atención de la población.

3. Dificultad para cubrir los cargos disponibles

Algunas especialidades presentan dificultades históricas para cubrir vacantes en el sistema público, lo que contribuye a ampliar las brechas existentes.

4. Importancia en la red de servicios de salud

Se priorizan especialidades que resultan indispensables para el funcionamiento de servicios hospitalarios de mayor complejidad.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

11.3 Especialidades con mayor déficit proyectado

El análisis realizado en el estudio permite identificar un conjunto de especialidades que presentan brechas relevantes en el sistema público de salud.

Entre ellas se destacan:

- anestesiología
- medicina crítica
- neonatología
- terapia intensiva pediátrica
- ginecología y obstetricia.

Estas especialidades aparecen recurrentemente como deficitarias en los diferentes escenarios analizados en los informes de la consultoría.

11.4 Anestesiología

La anestesiología constituye una de las especialidades que presenta mayores desafíos en términos de disponibilidad de profesionales en el sistema público de salud.

El funcionamiento de servicios quirúrgicos depende directamente de la disponibilidad de anestesiólogos, lo que convierte a esta especialidad en un componente esencial de la capacidad operativa de los hospitales.

Las brechas identificadas en anestesiología pueden afectar la realización de procedimientos quirúrgicos y limitar la capacidad del sistema sanitario para responder a la demanda de intervenciones.

11.5 Medicina crítica

La medicina crítica, vinculada a la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos, representa otra especialidad estratégica para el sistema de salud.

La disponibilidad de especialistas en esta área resulta fundamental para el manejo de pacientes en situaciones clínicas complejas y para la respuesta del sistema sanitario ante emergencias o eventos de gran impacto sanitario.

Las brechas identificadas en esta especialidad reflejan la necesidad de fortalecer la formación y contratación de especialistas en cuidados intensivos.

11.6 Neonatología

La neonatología desempeña un papel central en la atención de recién nacidos que requieren cuidados especializados.

La disponibilidad de neonatólogos resulta especialmente relevante para garantizar la calidad de la atención en unidades neonatales y contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal.

Las brechas identificadas en esta especialidad sugieren la necesidad de fortalecer las estrategias de formación y retención de especialistas en esta área.


ABG. DAIAN
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

11.7 Terapia Intensiva pediátrica

La terapia intensiva pediátrica constituye una especialidad altamente especializada que requiere formación específica y experiencia clínica avanzada.

La disponibilidad limitada de especialistas en esta área puede afectar la capacidad del sistema de salud para atender adecuadamente a pacientes pediátricos en estado crítico.

Las brechas identificadas en esta especialidad reflejan la necesidad de fortalecer los programas de formación y las estrategias de contratación de profesionales especializados.

11.8 Ginecología y obstetricia

La ginecología y obstetricia constituye una especialidad fundamental para la atención de la salud materna y reproductiva.

La disponibilidad de especialistas en esta área resulta esencial para garantizar la atención adecuada del embarazo, el parto y las complicaciones obstétricas.

Las brechas identificadas en esta especialidad pueden afectar la capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso oportuno a servicios de atención materna.

11.9 Especialidades con menor presión de brecha

El estudio también identifica algunas especialidades que presentan brechas relativamente menores en comparación con las áreas críticas mencionadas anteriormente.

Sin embargo, esto no implica necesariamente que estas especialidades no requieran seguimiento en la planificación del recurso humano en salud.

Las necesidades del sistema sanitario pueden variar a lo largo del tiempo en función de cambios demográficos, epidemiológicos y organizacionales.

11.10 Importancia de un enfoque estratégico en la planificación de especialidades

La identificación de especialidades críticas pone de relieve la necesidad de adoptar un enfoque estratégico en la planificación de la formación médica especializada.

Este enfoque debe considerar no solo la cantidad total de especialistas formados, sino también la distribución de profesionales entre diferentes áreas de especialización.

La planificación estratégica de especialidades resulta esencial para garantizar que el sistema de salud cuente con el perfil de profesionales necesario para responder a las necesidades de atención de la población.

11.11 Vinculación con políticas de formación médica especializada

Los resultados del estudio pueden servir como insumo para orientar decisiones relacionadas con la planificación de residencias médicas y otros programas de formación especializada.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

En particular, la identificación de especialidades críticas puede contribuir a:

- priorizar determinadas áreas en la asignación de cupos de residencia
- fortalecer programas de formación en especialidades deficitarias
- desarrollar estrategias de incentivos para la formación en áreas prioritarias.

Estas acciones podrían contribuir a mejorar la disponibilidad de especialistas en el sistema público de salud en el mediano y largo plazo.

11.12 Síntesis del capítulo

En síntesis, el análisis de brechas realizado en el estudio permite identificar un conjunto de especialidades médicas que presentan déficits relevantes para el funcionamiento del sistema público de salud.

Entre ellas se destacan anestesiología, medicina crítica, neonatología, terapia intensiva pediátrica y ginecología y obstetricia.

La identificación de estas especialidades críticas constituye un insumo fundamental para la planificación de políticas de formación, contratación y distribución de médicos especialistas en el país.


ABG. DAIANA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

CAPÍTULO 12

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

12.1 Introducción

El análisis realizado en el marco de la presente consultoría permitió estimar la magnitud de las brechas de médicos especialistas en el sistema público de salud del Paraguay, así como identificar los principales factores que influyen en la disponibilidad de estos profesionales en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los resultados obtenidos proporcionan información relevante para orientar la planificación del recurso humano en salud, particularmente en lo referente a la formación, contratación, retención y distribución territorial de médicos especialistas.

Las conclusiones y recomendaciones presentadas en este capítulo se basan en la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos desarrollados a lo largo del estudio.

12.2 Principales conclusiones del estudio

12.2.1 Existencia de una brecha significativa de médicos especialistas

El análisis realizado muestra que el sistema público de salud enfrenta una brecha relevante de médicos especialistas en diversas áreas prioritarias.

La estimación de brechas realizada para el periodo 2026–2028 indica que, si no se implementan medidas específicas de fortalecimiento del recurso humano, el sistema sanitario podría enfrentar déficits crecientes de especialistas en los próximos años.

Estos déficits responden a la combinación de diversos factores, entre los que se destacan:

- el crecimiento de la población usuaria del sistema público de salud
- la salida de especialistas del sistema
- la limitada disponibilidad de profesionales en determinadas especialidades.

12.2.2 Importancia de la reposición de especialistas

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es que una parte importante de las brechas proyectadas se explica por la necesidad de reemplazar especialistas que abandonan el sistema público de salud.

Esto significa que la política de recursos humanos en salud no debe centrarse únicamente en la formación de nuevos especialistas, sino también en la implementación de estrategias orientadas a fortalecer la retención de profesionales en el sistema público.


ABG. GABRIELA GÓMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

12.2.3 Desigualdades territoriales en la distribución de especialistas

El análisis territorial muestra que la distribución de médicos especialistas en el país presenta importantes desigualdades geográficas.

La mayor parte de los especialistas se concentra en el área metropolitana de Asunción y en los establecimientos de mayor complejidad, mientras que varios departamentos presentan una disponibilidad limitada de profesionales especializados.

Estas desigualdades territoriales pueden afectar el acceso de la población a servicios especializados de salud.

12.2.4 Existencia de especialidades críticas para el sistema de salud

El estudio identifica un conjunto de especialidades que presentan brechas particularmente relevantes para el funcionamiento del sistema público de salud. Entre las especialidades más críticas se encuentran:

- anestesiología
- medicina crítica
- neonatología
- terapia intensiva pediátrica
- ginecología y obstetricia.

Estas especialidades desempeñan un papel estratégico en la provisión de servicios hospitalarios y en la atención de situaciones clínicas complejas.

12.2.5 Importancia de las condiciones laborales en la retención de especialistas

Los resultados del componente cualitativo del estudio muestran que las condiciones laborales desempeñan un papel importante en la decisión de los especialistas de permanecer o abandonar el sistema público de salud.

Entre los factores identificados por los profesionales se encuentran:

- niveles de remuneración
- carga de trabajo
- condiciones de infraestructura
- oportunidades de desarrollo profesional.

La mejora de estos aspectos podría contribuir a fortalecer la retención de especialistas en el sistema público.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

12.3 Implicancias para la planificación del recurso humano en salud

Los resultados del estudio sugieren que la reducción de brechas de especialistas requiere una estrategia integral que combine diferentes líneas de acción.

Entre las áreas prioritarias de intervención se encuentran:

- planificación de la formación médica especializada
- fortalecimiento de la contratación de especialistas
- desarrollo de políticas de retención
- reducción de desigualdades territoriales.

La implementación coordinada de estas estrategias podría contribuir a fortalecer la capacidad del sistema sanitario para responder a las necesidades de atención de la población.

12.4 Recomendaciones para la política pública

12.4.1 Fortalecer la planificación de residencias médicas

Se recomienda fortalecer los mecanismos de planificación de la formación médica especializada, con el objetivo de alinear la oferta de nuevos especialistas con las necesidades del sistema de salud.

Esto podría incluir:

- la revisión periódica de los cupos de residencias médicas
- la priorización de especialidades deficitarias
- la coordinación entre instituciones formadoras y autoridades sanitarias.

12.4.2 Mejorar la contratación de especialistas en el sistema público

Otra línea de acción prioritaria consiste en fortalecer los mecanismos de contratación de especialistas en el sistema público de salud.

En particular, se recomienda evaluar estrategias que permitan facilitar la incorporación de especialistas recientemente formados en el MSPyBS.

12.4.3 Implementar políticas de retención de especialistas

Dado que una parte importante de las brechas se explica por la salida de especialistas del sistema, resulta fundamental desarrollar políticas orientadas a fortalecer la permanencia de profesionales en el sistema público de salud.

Entre las posibles medidas se incluyen:

- mejoras en las condiciones laborales
- incentivos económicos
- oportunidades de desarrollo profesional



ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS

- fortalecimiento del entorno de trabajo.

12.4.4 Reducir desigualdades territoriales en la distribución de especialistas

El estudio pone de relieve la necesidad de implementar políticas orientadas a mejorar la distribución territorial de especialistas en el país.

Entre las estrategias posibles se encuentran:

- incentivos para la radicación en zonas con déficit de especialistas
- fortalecimiento de hospitales regionales
- desarrollo de redes de atención que permitan mejorar el acceso a servicios especializados.

12.4.5 Fortalecer los sistemas de información de recursos humanos en salud

La disponibilidad de información confiable sobre el recurso humano en salud constituye un elemento clave para la planificación sanitaria.

En este sentido, se recomienda fortalecer los sistemas de información que permiten registrar y monitorear la disponibilidad de profesionales de salud en el país.

Esto podría incluir el desarrollo de registros actualizados de especialistas y de sistemas de monitoreo de la movilidad laboral de los profesionales.

12.5 Consideraciones finales

El presente estudio constituye un esfuerzo por generar evidencia que permita orientar la planificación del recurso humano en salud en el Paraguay.

La estimación de brechas de médicos especialistas proporciona una base analítica para la toma de decisiones en materia de formación, contratación y distribución de profesionales de salud.

No obstante, la reducción efectiva de estas brechas requerirá la implementación de políticas sostenidas en el tiempo y la coordinación entre diversas instituciones del sector salud y del sistema de formación médica.

El fortalecimiento del recurso humano en salud constituye un elemento fundamental para mejorar la capacidad del sistema sanitario y garantizar el acceso de la población a servicios de atención especializada.


ABG. DAIANA GOMEZ A.
SECRETARIA GENERAL
MSP Y BS