



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Caracterización de la oferta de plazas de residentado  
médico en el marco de las políticas de recursos humanos  
en salud en el Perú**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Gestión en Salud

**AUTOR**

**Miguel Armando Zúñiga Olivares**

LIMA – PERÚ  
2015

## **DEDICATORIA**

A mis padres.

## **AGRADECIMIENTO**

A los tutores y los responsables de rotación de la especialidad de gestión en salud, y todos los trabajadores del sector salud que en algún momento contribuyeron a mi formación.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO	
2.1 Planteamiento del problema .....	2
2.2 Antecedentes del problema.....	3
2.3 Marco teórico.....	4
2.4 Hipótesis.....	12
2.5 Objetivos.....	12
3. MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 Tipo de estudio.....	12
3.2 Diseño de investigación.....	12
3.3 Universo y población a estudiar.....	13
3.4 Muestra de estudio .....	13
3.5 Criterio de inclusión.....	13
3.6 Criterios de exclusión.....	13
3.7 Descripción de variables.....	13
3.8 Tareas específicas para el logro de resultados.....	14
3.9.9 Procesamiento de datos.....	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSIÓN.....	44
6. CONCLUSIONES DE RESULTADOS HALLADOS.....	46
7. RECOMENDACIONES.....	47
8. BIBLIOGRAFIA.....	49
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	51
10. ANEXOS.....	54

## RESUMEN

**Objetivo:** el estudio describe las características de la oferta de plazas de residentado médico en el marco de las políticas de recursos humanos en salud en el Perú, durante el periodo 2005 al 2013. **Material y métodos:** se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, en la cual se utilizó los datos de la oferta de plazas vacantes de residentado médico, durante el periodo 2005 al 2013, publicado oficialmente por la CONAREME, y se analizó el número y la evolución de la oferta de plazas vacantes de residentado médico, desagregando los resultados por institución financiadora, modalidad de inversión, procedencia geográfica, institución formadora, sede de salud docente y priorización de la especialidad, y además se elaboró y aplicó una metodología para estimar el cierre de brecha de médicos especialistas. **Resultados:** la oferta de plazas de residentado médico se incrementó en 165%, durante el periodo 2005 al 2013; EsSalud es la institución financiadora que más incrementó la oferta de plazas, seguido por los Gobiernos Regionales; las plazas cautivas y por destaque se incrementaron en 156%, mientras que las plazas libre y por beca se incrementaron en 171%, y fueron los Gobiernos Regionales quienes más contribuyeron con el incremento de las plazas cautivas; las plazas ofertadas en la provincia de Lima y fuera de ella se incrementaron en 128% y 278% y en el año 2013 representaron el 36% y 64% de las plazas, respectivamente, y además se incrementó de 11 a 16 departamentos con oferta de plazas entre el año 2005 y 2013; se incrementó de 10 a 21 instituciones formadoras entre el año 2005 al 2013; se incrementó de 50 a 141 sedes de salud docente, incluyéndose centros de salud, policlínicos, clínicas y Direcciones de Salud, además de Hospitales e Institutos; las plazas de especialidades priorizadas se incrementaron en 159%, mientras que las plazas de especialidades no priorizadas se incrementaron en 199%, siendo la especialidad de Medicina familiar y comunitaria la que mayor incremento tuvo; y, según la metodología aplicada, hay 9 especialidades priorizadas que, hasta el año 2016, continuarían con la brecha de oferta y demanda de médicos especialistas. **Conclusiones:** los resultados muestran que se han adoptado las recomendaciones internacionales y se ha aplicado la política nacional de recursos humanos en salud para conducir y regular la oferta de residentado médico en el Perú, y en la mayoría de resultados muestran un incremento de la oferta de plazas por instituciones financiadoras, de modalidad con retorno de inversión, en instituciones formadoras y sedes de salud docente fuera de la provincia de Lima, y de especialidades priorizadas, sin embargo aún es insuficiente para el cierre de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas y una distribución equitativa y que responda a las necesidades de salud de la población.

## ABSTRACT

**Objective:** The study describes the characteristics of the supply of medical residency spaces under the policies of human resources for health in Peru, during the period 2005 to 2013. **Material and methods:** An observational study was conducted descriptive and retrospective, in which data offer vacancies for medical residency was used during the period 2005 to 2013, officially published by the CONAREME, and the number and the evolution of supply of vacant spaces is analyzed medical Residency disaggregating results by funding institution, type of investment, geographical origin, training institution, home teacher health and prioritization of specialty, and also developed and implemented a methodology to estimate the closure gap of medical specialists. **Results:** the supply of medical residency spaces increased by 165% during the period 2005 to 2013; EsSalud is the funding institution that increased the supply of seats, followed by the regional governments; captive and highlight places increased by 156%, while the free and scholarship places increased 171%, and were the regional governments who most contributed to the increase of captive squares; the positions offered in the province of Lima and beyond increased by 128% and 278% and in 2013 represented 36% and 64% of places, respectively, and further increased from 11 to 16 departments offer places between 2005 and 2013; increased from 10 to 21 training institutions from 2005 to 2013; increased from 50-141 seats of teacher health, including health centers, clinics, clinics and health directorates, plus Hospitals and Institutes; squares prioritized specialties increased 159%, while non-prioritized specialties spaces increased by 199%, the specialty of Family and Community Medicine had the greatest increase; and, according to the methodology, there are 9 prioritized specialties, until 2016, would continue with the gap of supply and demand of medical specialists. **Conclusions:** The results show that international recommendations have been adopted and applied the national policy on health manpower to drive and regulate the supply of medical residency in Peru, and most results show an increase in the supply of seats by financing institutions, mode-return investment, training institutions and teacher health venues outside the province of Lima, and prioritized specialties, however it is still insufficient to close gaps in supply and demand for medical specialists and equitable distribution and responsive to the health needs of the population.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el Perú, hasta la primera mitad del siglo pasado, los médicos que egresaban de las universidades se titulaban como médicos cirujanos pero sólo ejercían como médicos generales; no existía formación de segunda especialidad ni titulación de especialistas, por lo que la formación de médicos “especialistas” se dio de manera “informal”, por medio de los años de experiencia en el ejercicio de un determinado tópico de la medicina, aprendida a través de otros médicos “especialistas” en algunos hospitales de Lima. En la década de 1950, vinieron los primeros médicos especialistas desde extranjero, pero también hubo experiencias de formación de médicos especialistas a través de la introducción de diversas modalidades de especialización llevada a cabo en el Instituto del Cáncer y la Facultad de Medicina de San Fernando, y a partir de allí se fue introduciendo oficialmente la especialización mediante sucesivas normas legales. Sin embargo, recién en el año 1973 se dio inicio a la formación escolarizada universitaria de médicos especialistas, mediante Resolución N° 1226-73-CONUP (Consejo Nacional de la Universidad Peruana), con programas diseñados por las Universidades, basados en la práctica profesional, con tutoría de médicos de la especialidad, en servicios especializados de los Hospitales de Lima (1, 2).

En este contexto, la formación de especialistas necesitaba ser regulada. En el año 1975, se creó el Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), mediante Decreto Supremo N° 055-75-SA. En el año 1986 se aprobaron las Normas básicas del SINAREME, mediante Decreto Supremo N° 036-86-SA, posteriormente derogada por el Decreto Supremo N° 088-88-SA, y en el año 2004 se reglamentó el SINAREME, mediante Resolución Suprema N° 018-2004-SA, posteriormente derogada por la Resolución Suprema N° 002-2006-SA, todo ello para regular la organización y funcionamiento del SINAREME. En estas normas se señala que el SINAREME es el responsable de la coordinación del proceso de formación de especialistas, contribuye a través de sus acciones a la aplicación y desarrollo de la política nacional de salud, y reconoce como su máximo organismo al Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME). Además, mediante Decreto Supremo N° 010-2011-SA, señala que el CONAREME está integrado por instituciones formadoras, instituciones prestadoras e instituciones representativas, y tiene como institución rectora al Director General la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (3, 4, 5, 6, 7, 8). En forma complementaria, se han establecido otras normas específicas como “Estándares mínimos institucionales para la acreditación de programas de segunda especialización en medicina humana”, y “Normas y procedimientos de autorización de programas y campos clínicos de segunda especialización en medicina”, las cuales se aprobaron con el objetivo de fomentar la calidad en la formación de médicos especialistas (2, 9).

En este marco normativo, el SINAREME, conducido por la CONAREME, ha intentado dar respuesta a las disposiciones de las políticas nacionales de salud en recursos humanos, principalmente en cuanto a incrementar la capacidad para atender la necesidad y demanda de médicos especialistas para el sistema de salud, mediante el incremento de la oferta y el financiamiento de plazas de residentado médico y la mejora de la calidad de los programas de segunda especialidad que se imparten entre las universidades y las sedes docentes de

residentado médico. Sin embargo, estas disposiciones de las políticas públicas, función esencial de generación de recursos de los sistemas de salud, han sido una de las más difíciles de abordar para lograr los objetivos planteados.

Por ello, este trabajo de investigación tiene como objetivo describir las características de la oferta de plazas de residentado médico en el marco de las políticas nacionales de salud en recursos humanos durante los últimos 8 años, de tal manera que permita tener mayor información sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud para atender la necesidad y demanda de médicos especialistas.

## **2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO**

### **2.1 Planteamiento del problema**

La generación de recursos es una de las funciones que deben desarrollar los sistemas de salud para el logro de sus objetivos. Para ello, se conforma un conjunto de organizaciones que proveen recursos para las instituciones que ejercen la rectoría sectorial, el financiamiento o la prestación de servicios de salud. Una de las tareas principales de estas organizaciones es la generación de recursos humanos en salud, los cuales son los “activadores” de los demás recursos (infraestructura, equipamiento, tecnologías, medicamentos e insumos, etc.). El mejor desempeño de los sistemas de salud depende, en buena medida, del cumplimiento de las funciones de rectoría, financiamiento, prestaciones de servicios y generación de recursos humanos, los cuales van a permitir el logro del objetivo definitorio de los sistemas de salud, mejorar la salud de las personas (10, 11).

Los recursos humanos en salud son diversos, incluso se puede decir que son todas aquellas personas que realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud (12). Uno de estos recursos humanos son los médicos, quienes tienen la responsabilidad de conducir el equipo básico de salud hacia el logro de los objetivos sanitarios, y por tanto son, además de “activadores” de los demás recursos, “conductores” de un conjunto de recursos humanos, constituyéndose, de esta forma, en recursos estratégicos para el Sistema de Salud.

La generación de médicos tiene dos etapas: la formación de médicos generales y de médicos especialistas, y en ambas etapas deben desarrollar competencias para resolver problemas sanitarios y/o administrativos de diferentes grados de complejidad. En el proceso de formación de médicos especialistas, en el Perú, así como en muchos países de América Latina, se enfrenta una serie de dificultades para su desarrollo, lo cual no ha permitido disponer de la oferta necesaria para responder a la necesidad y demanda de médicos especialistas para el sistema de salud.

Uno de los mecanismos para ir cerrando la brecha entre oferta y necesidad y demanda de médicos especialistas del sistema de salud es la “Residencia Médica”. En el Perú, esta modalidad se ha implementado a través del SINAREME, que tiene como función la coordinación del proceso de formación de médicos especialistas, con las diversas organizaciones educativas y sanitarias, Facultades de Medicina de las Universidades e Instituciones de

Servicios de Salud (3, 4). Para ello, el Ministerio de Salud, como organismo del Poder Ejecutivo y rector del sector salud, formula, planea, dirige, coordina, ejecuta, supervisa y evalúa las políticas nacionales y sectoriales de salud (13), y el SINAREME debe alinear sus acciones con las políticas nacionales y sectoriales de recursos humanos en salud.

Las políticas nacionales y sectoriales de recursos humanos en salud dirigidas a la formación de médicos especialistas, se expresan, entre otras formas, en la oferta de plazas de residentado medico. En la actualidad estas políticas se han orientado al incremento del número de plazas, la descentralización de la oferta de plazas, la priorización de las plazas por modalidades de retorno de la inversión, el incremento del financiamiento de las plazas por diversas instituciones financiadoras, la oferta de plazas de residentado medico en base a especialidades priorizadas, etc.

Una de las formas de medir los resultados de estas políticas es a través de la brecha de médicos especialistas. Por ello, resulta necesario describir cómo se han ido implementando estas políticas en base a la oferta de plazas de residentado médico, como punto de partida para entender el por qué de los resultados alcanzados.

## **2.2 Antecedentes del problema**

En el año 2005, en el informe *“Situación y desafíos de los recursos humanos en salud: Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano”*, publicado por el Observatorio Nacional de Recursos Humanos del MINSA, reconoce los problemas relacionados con la gobernabilidad del campo de los recursos humanos en salud (RHUS): la débil rectoría del campo del RHUS, la legislación fragmentada de las profesiones de salud, y la autorregulación profesional a falta de regulación profesional; problemas relacionados con disponibilidad, distribución inequitativa y migraciones: la distribución inequitativa entre recursos humanos y situación de salud, la migración de profesionales en aumento, el aumento de los RHUS con distribución centralista e inequitativa, la distribución institucional inadecuada de los RHUS, y el perfil de profesionales y especialidades se desarrollan sin responder a las necesidades sanitarias. Además, se señala en materia de formación de médicos especialistas que, para ese año, el financiamiento de las plazas de residentado médico provenía en un 62% del MINSA, 20% del Seguro Social, 17% de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, y 1% de los servicios privados, y la mayor cantidad de plazas vacantes son ofertadas por 4 Universidades de Lima, representando más del 80%, y el resto de plazas por 6 Universidades de los demás departamentos del país (14).

En ese mismo año, en el informe *“Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud”*, publicado por el Observatorio Nacional de Recursos Humanos del MINSA, menciona la desestructuración del campo de los RHUS mediante 5 desplazamientos: el dislocamiento entre el mundo del trabajo y el mundo de la formación en salud, la ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud, el cambio del régimen laboral de nombramientos al de contrataciones y la manutención del nivel de los salarios reales, la revolución de las capacidades y su viraje a la educación continua, y el debilitamiento de la rectoría (15).

En el año 2006, en el informe *“El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos”*, publicado por el Observatorio Nacional de Recursos Humanos del MINSA señala que existe un desequilibrio entre la distribución de médicos en el interior del país entre los departamentos; 19 departamentos (79%) tienen déficit de médicos, y solo 5 (21%) tienen una tasa de más de 10 médicos por 100 000 habitantes, y la brecha negativa varía de -3 (-4%) en Madre de Dios a -822 (-170,3%) en Cajamarca; además, establece la prioridad de departamentos para dotación e RHUS en base a una metodología basada en indicadores socioeconómicos, demográficos, sanitarios y de respuesta del sistema, entre ellos están Huancavelica, Puno, Huánuco, Apurímac y Cusco; y concluye que el problema no es el déficit de los RHUS sino de la distribución (16).

En ese mismo año, en el informe *“Estudio sobre los recursos humanos en salud en Perú”*, publicado por el Grupo de Análisis para el Desarrollo, mostraba que la oferta de plazas de residentado médico era brindada por 14 Universidades, distribuidas en 11 departamentos, de las cuales 4 eran de Lima y 10 de los demás departamentos del país, y que de los 14 424 registrados como médicos especialistas en el Colegio Médico del Perú (CMP) hasta esa fecha, 7124 correspondían a las especialidades de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía, anestesiología y medicina familiar y comunitaria, representando el 49%, y el resto a otras especialidades y subespecialidades (17).

En el año 2007, en el libro *“Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú 2005-2011”*, publicado por el CMP, en el cual se aplicó una encuesta sobre una muestra a nivel nacional y en cada uno de los 27 Colegios Médicos Regionales (CMR), concluyó que había una distribución inadecuada e inequitativa de médicos especialistas entre la jurisdicción de los CMR de Lima y Callao con 12.3 y 10.2 médicos especialistas/10 000 habitantes respectivamente, y los CMR de Huaraz, Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, San Martín y Huancavelica con 0,9, 0,9, 0,9, 0,9, 0,7, 0,7 y 0,6 médicos especialistas/10 000 habitantes respectivamente, y una tasa a nivel nacional de 5,3 médicos especialistas/10 000 habitantes, del cual solo los CMR Lima, Callao, Arequipa y Tacna están por encima de esta tasa. También mostró resultados en términos globales que para el año 2007, el total de médicos era de 39 811, y 13 876 eran médicos especialistas; de los médicos especialistas, el 69,01% se encontraba en la jurisdicción de los CMR Lima, Lima provincias y Callao, y el 14, 11% en los CMR Trujillo, Chiclayo y Arequipa, y el 16,88% en el resto de los 21 CMR. Concluyó además, que existiría una brecha de médicos especialistas, de llegar a cubrir el 100% de las necesidades de salud, ya que la oferta al año 2007 era de 13 876 y la demanda proyectada sería de 18 147 (18).

En el año 2009, en el informe *“Perú: Línea basal metas de RHUS 2007-2015”*, publicado por el Observatorio Nacional de Recursos Humanos del MINSA, en base a *“El llamado a la acción de Toronto”*, realiza la evaluación de los 5 desafíos críticos y metas; según la evaluación a nivel nacional, concluye que la densidad de profesionales de la salud según el número de habitantes era inferior al óptimo de 25 por 100 000 habitantes y alcanzaba 19,47 por 100 000 habitantes (entre médicos, enfermeras y obstetras del subsector público con información al 2007 y según censo nacional de población y vivienda 2007 del INEI), y que había un déficit en la reorientación de la formación de RHUS hacia

la atención primaria en salud y las necesidades de la salud comunitaria y alcanzaba un cumplimiento de 36,4% de escuelas o facultades de salud reorientadas en su formación y de las cuales cumplían con el 60% de las características que se pedían (19).

En el año 2010, en el informe *“Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud”*, publicado por el Observatorio Nacional de Recursos Humanos del MINSA, se estimaron las brechas entre la demanda y la necesidad de médicos especialistas en los establecimientos de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales, utilizando dos metodologías: necesidad por unidad productora de servicios (UPS) por categoría de establecimiento de salud y por perfil epidemiológico. Según la necesidad por UPS, los resultados mostraron se tenía una oferta de 6074 médicos especialistas y una necesidad de 11176 médicos especialistas; la brecha por especialidad fue de -3436 (3738 y 7174) para especialidades clínicas, -1112 (2019 y 3131) para especialidades quirúrgicas, -737 (295 y 737) para especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y -112 (22 y 134) para especialidades relacionadas a salud pública; el 80% de la brecha estaba en 12 especialidades: -1067 (911 y 1634) en pediatría, -1035 (770 y 1660) en ginecología y obstetricia, -618 (53 y 671) en medicina familiar y comunitaria, -597 (512 y 822) en medicina interna, -441 (650 y 990) en cirugía general, -417 (442 y 792) en anestesiología, -293 (254 y 533) en ortopedia y traumatología, -261 (25 y 285) en hematología, -233 (77 y 307) en patología clínica, -195 (112 y 301) en medicina intensiva, -188 (121 y 300) en neonatología, -170 (146 y 310) en radiología; la brecha por área geográfica fue de -643 en Ancash, -631 en La Libertad, -561 en Cusco, -477 en Lima metropolitana, -473 en Junín, -396 en Puno, -316 en Piura, -314 en Cajamarca, -307 en Arequipa. Según la necesidad por perfil epidemiológico, los resultados mostraron se tenía una oferta de 6074 médicos especialistas y una necesidad de 11738 médicos especialistas; la brecha por especialidad fue de -4317 (3738 y 8055) para especialidades clínicas, -1234 (2019 y 3253) para especialidades quirúrgicas, -135 (295 y 430) para especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y +22 (22 y 0) para especialidades relacionadas a salud pública; el 80% de la brecha estaba en 12 especialidades: -1242 (770 y 2012) en ginecología y obstetricia, -758 (911 y 1558) en pediatría, -747 (650 y 1397) en cirugía general, -695 (512 y 1207) en medicina interna, -384 (178 y 562) en oftalmología, -377 (124 y 5019) en cardiología, -373 (254 y 627) en ortopedia y traumatología, -342 (107 y 449) en gastroenterología, -274 (77 y 351) en patología clínica, -261 (112 y 373) en otorrinolaringología, -234 (202 y 432) en psiquiatría, y -196 (74 y 270) en dermatología; la brecha por área geográfica fue de -1367 en Lima metropolitana, -567 en La Libertad, -426 en Lima provincias, -413 en Piura, -391 en Cusco, -388 en Puno, -368 en Arequipa, -322 en Cajamarca (20).

### **2.3 Marco teórico**

La Constitución Política del Perú, aprobada en el año 1993, la Ley de Promoción de la Inversión privada en obras públicas de infraestructura y de servicios públicos y la Ley de promoción de la inversión educativa y el Reglamento de los centros y programas educativos privados, aprobados en el año 1996 (21, 22, 23, 24), establecieron el marco normativo para promover la participación del sector privado en el sector educativo mediante la inversión en instituciones educativas privadas, creando un nuevo tipo de Universidad, las

Universidades con fines de lucro (organizada jurídicamente bajo el derecho común y el régimen societario). En consecuencia, a partir de estos años se empieza a incrementar el número de Universidades privadas y, a su vez, el incremento de la oferta de plazas vacantes para carreras profesionales y de segunda especialización.

Estas políticas y normas legales, junto con otros aspectos del contexto socioeconómico y político, fueron determinantes para configurar las desigualdades de distribución de recursos humanos entre la provincia de Lima, el resto de las provincias de Lima, la provincia constitucional del Callao y los demás departamentos del país. El resultado fue un rápido y desordenado crecimiento de las Universidades privadas y de la oferta educativa, quienes centralizaron la formación profesional en la Lima metropolitana, lo cual originó un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios educativos, y entre la oferta y demanda y necesidades de servicios de salud, en desmedro del resto de provincias y departamentos del Perú (16, 25). En el año 1996 existían 57 Universidades, siendo 28 públicas y 28 privadas, y en el año 2010 se incrementaron a 100 Universidades, siendo 35 públicas y 65 privadas (26). Las Facultades de Medicina también tuvieron una situación similar; en el año 1996, existían 23 Facultades de Medicina, siendo aproximadamente 15 públicas y 12 privadas, y en el año 2013 se incrementaron a 34 Facultades de Medicina, siendo 15 públicas y 19 privadas.

Los estudios de segunda especialización son organizados por las Universidades amparadas en las atribuciones que le brinda la Ley N° 23733 Ley Universitaria, aprobada en el año 1983, el cual establece el inicio del marco normativo de los estudios de segunda especialización (27). La Ley Universitaria señala que las Universidades son públicas o privadas (personas jurídicas de derecho público interno y de derecho privado sin fines de lucro, respectivamente), para su creación deben previamente acreditar su necesidad, la no creación de filiales o anexos (ratificado mediante Ley N° 28563 que deroga la Ley N° 27504 y restituye el tercer párrafo del artículo 5 de la Ley Universitaria) (28), y la excepción de crear nuevas Facultades dentro del ámbito departamental de acuerdo a las necesidades de la región. También se hace referencia a la Asamblea Nacional de Rectores (ANR) como un ente conformado por los rectores de las Universidades, el cual tendría como fines el estudio, la coordinación y la orientación general de las actividades universitarias en el Perú, constituyéndose más adelante en un organismo público autónomo con carácter rector en el área de educación superior Universitaria (27). Posteriormente en el año 1995, se creó el Consejo Nacional para la Autorización de Funcionamiento de Universidades (CONAFU), como un órgano autónomo de las ANR y ente rector del funcionamiento de las Universidades en el Perú, el cual tiene la responsabilidad de autorizar o denegar el funcionamiento de nuevas Universidades públicas y privadas, de cualquier régimen, así como nuevas Facultades o Escuelas y carreras profesionales (29).

El Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), creado por Decreto supremo N° 055-75-SA, es normado por las Normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico, aprobado mediante Decreto supremo N° 008-88-SA, las cuales señalan que el SINAREME es el responsable de la coordinación del proceso de formación de especialistas en las diversas ramas de la medicina humana, y que debe contribuir a través de sus acciones a la

aplicación y desarrollo de la política nacional de salud; además señala como objetivos: 1) Garantizar que la formación especializada de médicos se desarrolle con calidad y de acuerdo a las necesidades del país, 2) Brindar al médico residente un conocimiento integral de la realidad nacional con particular énfasis en su especialidad, 3) Desarrollar en el médico residente una voluntad de continuo perfeccionamiento de sus conocimientos, destrezas y actitudes, basándose; bajo estas premisas, los objetivos del SINAREME deben estar alineados a los objetivos nacionales en salud, tanto como las políticas deben estar en concordancia con las políticas nacionales de salud. También señalan que los integrantes del SINAREME son las Universidades con estudios de segunda especialización en medicina humana, las Instituciones del Sector Salud que tengan convenio con las Universidades, e Instituciones representativas como el Colegio Médico del Perú (CMP), Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y Médicos Residente, y además señala que los organismos del SINAREME son el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) y los Comités Hospitalarios o de Servicios de Salud (3, 4).

El CONAREME es el máximo organismo del SINAREME, y está integrado por representantes del MINSA, la ASPEFAM, las Escuelas, Sección o Unidades de Postgrado de las Facultades de Medicina Humana, las Instituciones de Servicios de Salud que realicen el programa de residentado médico, el CMP, y los médicos residentes, y tiene como función específica, entre otras, determinar el número de plazas vacantes de las especialidades y priorizar los campos de especialización de acuerdo a las necesidades del país (4). Esta última función se hace explícita a través de las disposiciones complementarias que se aprueban en cada proceso de admisión, determinando las características de la oferta de plazas de residentado médico; las demás disposiciones con respecto al desarrollo del residentado médico se norman en el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico, aprobado mediante Resolución suprema N°002-2006-SA, el cual señala que el proceso de admisión es instrumentado por las Facultades de Medicina a través de las escuelas, Secciones o Unidades de Postgrado. También define que los médicos residentes son profesionales que están realizando estudios universitarios de segunda especialización en medicina humana, bajo la modalidad de docencia en servicio en las instituciones autorizadas y acreditadas por la CONAREME como sede de salud docente de residentado médico; señala que en el caso de los médicos que pertenezcan a instituciones públicas o privadas en condición de nombrado o contratado a plazo indeterminado pueden acogerse a la modalidad de destaque o desplazamiento temporal, durante el periodo requerido para su formación, teniendo que retornar a su sede de origen por el tiempo mínimo similar al periodo de su formación (6, 7). Además, la CONAREME estableció los estándares mínimos institucionales para la acreditación de programas de segunda especialización en medicina humana, y las Normas y procedimientos de autorización de programas de segunda especialización, donde define los requisitos que se deben cumplir para que se autoricen programas de residentado médico (por parte de las Instituciones formadoras), además de los requisitos para la autorización de ampliación de campos clínicos (por parte de las Sedes Docentes) (2, 9).

La Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, aprobada en el año 2002, en el capítulo II, artículo 3, señala que es competencia del Ministerio de Salud, en materia de rectoría sectorial, la articulación de recursos y actores públicos y

privados, intra e intersectoriales, que contribuyan al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud. Además, el reglamento de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, aprobado en el año 2002, en el título II, capítulo I, artículo 20, señala que el proceso de desarrollo de recursos humanos tiene como objetivo funcional general lograr el desarrollo de los recursos humanos en el sector salud, y especifica como subprocesos la programación estratégica de recursos humanos, formación y especialización de recursos humanos; y el Reglamento de organización y funciones del MINSA, señala que el órgano responsable del cumplimiento de estos procesos es la Dirección General de Gestión de recursos humanos, y es el encargado de la formulación de políticas y regulación en salud a nivel sectorial, y la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de recursos humanos para el Sistema de Salud (30, 31). Asimismo, la Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud, recientemente aprobado mediante Decreto legislativo N° 1161, que deroga la Ley N° 27657, establece que el Ministerio de Salud es competente en Recursos Humanos en Salud (32).

En el año 2005, en la VII reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, se acordó “El llamado a la acción de Toronto” donde se estableció “la Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas” del 2006 al 2015, y tuvo como objetivo fomentar que los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, construyan colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, y que esto a su vez ayude al logro de los Objetivos del Milenio, a las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los países de las Américas para el año 2015. En esta reunión los representantes de los países de las Américas reconocieron desafíos críticos para el desarrollo de los recursos humanos: 1) definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente; 2) colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población; 3) regularizar los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar la atención de salud de la población; 4) generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional; 5) desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de trabajadores de salud para un modelo universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. Estos cinco aspectos críticos fueron los pilares del trabajo que se debería desarrollar en los siguientes años para alcanzar los objetivos de desarrollo de recursos humanos en salud (33).

En ese mismo año, en el Perú, se incorporaron los acuerdos de “El llamado a la acción de Toronto” en la elaboración de la política en recursos humanos en salud, contando con la participación del Concejo Nacional de Salud, el Comité Nacional de Articulación, Docencia, Atención de salud e Investigación (CONADASI) y el Instituto de Recursos Humanos (IDREH), estableciendo “Los lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud”, aprobado mediante Resolución ministerial N° 1007-2005/MINSA, el cual señala ocho lineamientos: 1) Formación de recursos humanos en salud basado en el

modelo de atención integral de salud, el perfil epidemiológico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales; 2) la planificación estratégica de los recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente la más excluida; 3) gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional; 4) la gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades de personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población; 5) valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional; 6) impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad; 7) el mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad; y por último, 8) el impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional (12).

En el año 2007, el Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado mediante Resolución ministerial N° 589-2007/MINSA, reconoce que los recursos humanos en salud son el instrumento fundamental para mejorar el sistema de salud e identifica como principales problemas del Sistema de Salud el inadecuado desarrollo de los recursos humanos: la localización inequitativa de recursos humanos calificados, la falta de regulación de la formación profesional, la falta de conciliación entre las necesidades y las demandas. En este sentido, dispone como sexto lineamiento de política el desarrollo de los recursos humanos, y como objetivos estratégicos: identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población, y como estrategias e intervenciones: la incorporación de los lineamientos de política de recursos humanos en las políticas públicas regionales y locales, y la ampliación y redistribución de las plazas de recursos humanos de establecimientos de salud hacia los sectores más pobres (34).

En el año 2007, se aprobó, la relación de especialidades médicas prioritarias del país, mediante Resolución Jefatural N° 770-2006-IDREH, donde señalan 23 especialidades prioritarias: Pediatría, medicina familiar, ginecología y obstetricia, anestesiología, medicina interna, cirugía general, medicina de emergencias y desastres, radiología, neonatología, hematología clínica, oncología médica, neurología, urología, anatomía patológica, ortopedia y traumatología, patología clínica, geriatría, cardiología, gastroenterología, otorrinolaringología, oftalmología, neumología y psiquiatría; y además señala que las especialidades médicas aprobadas serán el marco de referencia para determinar el número de vacantes de las especialidades y priorizar los campos de especialización de acuerdo a las necesidades del país (40).

En el año 2009, se establecieron las especialidades y subespecialidades prioritarias para la oferta de plazas en los procesos de admisión al SINAREME, a propuesta de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA, aprobado mediante Resolución ministerial N° 167-2009/MINSA, donde señalan 25 especialidades y subespecialidades prioritarias (medicina familiar y comunitaria, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, medicina interna, cirugía general, patología clínica, neonatología, ortopedia y traumatología, medicina de emergencias y desastres, radiología, medicina intensiva, psiquiatría, gestión y administración en salud, medicina física y rehabilitación, cardiología, gastroenterología, neumología, neurología, neurocirugía, oftalmología, geriatría, enfermedades infecciosas y tropicales, urología y endocrinología) para la oferta de plazas en la modalidad de libre y destaque; además se señala que los establecimientos de salud de categoría II-1, II-2 y III-1, sedes docentes del SINAREME, adecuarán la oferta de plazas a las modalidades libres y destaque y priorizarán las solicitudes de autorización de los campos clínicos a las especialidades y subespecialidades prioritarias, y el financiamiento del MINSA que asigne a la oferta de plazas de residentado médico, se suscribirá a no menos del 90% por modalidad libre y 100% por modalidad destaque (35).

En el año 2010, en respuesta al proceso de Descentralización, conducido por la Secretaria de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros, que propone un marco de referencia, a través del Plan nacional de Desarrollo de Capacidades 2010 – 2012, para que puedan desarrollarse iniciativas orientadas al desarrollo de las competencias en gestión de los gobiernos regionales y locales, se aprueba el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el desarrollo de Capacidades en salud 2010-2014 (PLANSALUD) que en su tercer componente relacionado a la articulación educación-salud propicia los mecanismos de diálogo, consenso y cooperación entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicios de salud para la formación de profesionales de la salud calificados y competentes, acorde a las necesidades de la población, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales y regionales (36).

En ese mismo año, se establecen los criterios para la oferta de plazas en el Sistema Nacional de Residentado Médico, para el pliego 011 MINSA, en función a las prioridades establecidas por el MINSA, la situación de salud del país, el Aseguramiento Universal en Salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención, para permitir afrontar el déficit de médicos especialistas en coordinación entre la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) y las Direcciones Regionales de Salud; estos criterios fueron: la oferta de plazas de residentado médico en base a la prioridad de especialistas y subespecialistas, la ampliación de los campos clínicos en función de las prioridades de especialistas en coordinación con las Sedes Docentes y Universidades, el examen único aprobado por el CONAREME, y la priorización de la oferta de plazas de residentado médico para los médicos con vínculo laboral comprendidos en el marco de los Decreto legislativo 276 y Decreto legislativo 728 (37).

En el año 2011, se crea el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal – PROSALUD, aprobado mediante Decreto supremo N° 003-2011-SA que reconoce que para la implementación del Aseguramiento Universal en Salud se

requiere de contar con profesionales de la salud en número suficiente, con las competencias adecuadas y comprometidos con el logro de resultados sanitarios en todos los niveles de complejidad del sistema, de tal manera que se garantice los derechos a la atención de salud en términos de acceso, oportunidad y calidad, y sin embargo el país tiene un déficit de profesionales de la salud, especialmente en zonas de Aseguramiento Universal en Salud (Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Lima metropolitana y Callao, y distritos en San Martín, La Libertad, Loreto, Amazonas, Lambayeque y Piura, y distritos del Valle de los ríos Apurímac y Ene) (38).

En el año 2011, se modifica la conformación del SINAREME, a través de la modificación de las Normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico, aprobado por Decreto supremo N° 010-2011-SA, donde señala como institución rectora de la CONAREME a la DGGDRH, y como demás integrantes a los representantes de las instituciones formadoras (Universidades Públicas y Privadas), de las prestadoras de servicios de salud (Sedes Docentes de MINSA, EsSalud, Regiones, Sanidades del Ministerio del Interior, Sanidades del Ministerio de Defensa), e instituciones representativas (Asociación de Facultades de Medicina, Colegio Médico del Perú y Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú) (8).

En el año 2012, se actualiza la priorización de especialidades y subespecialidades para la oferta de plazas del Residentado Médico, a propuesta de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA, aprobado por Resolución ministerial N° 286-2012/MINSA, donde señalan 34 especialidades y subespecialidades prioritarias (anestesiología, cardiología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía general, cirugía oncológica abdominal, cirugía pediátrica, cirugía torácica y cardiovascular, dermatología, endocrinología, geriatría, gestión y administración en salud, ginecología y obstetricia, hematología, medicina de emergencias y desastres, medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, medicina del deporte, medicina familiar y comunitaria, medicina física y de rehabilitación, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, medicina interna, medicina ocupacional y del medio ambiente, medicina oncológica, nefrología, neonatología, neumología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, patología clínica, pediatría, psiquiatría, radiología, reumatología y urología, en ese orden); además se señala que el financiamiento del MINSA que asigne para la oferta de plazas de residentado médico, en los establecimientos de salud de categoría II-1, II-2 y III-1, sedes docentes del SINAREME, se suscribirá a no menos del 90% por modalidad libre y 100% por modalidad cautiva de las especialidades y subespecialidades priorizadas, y para el caso de establecimientos de salud de categoría III-2 se suscribirá a las especialidades y subespecialidades que estos desarrollen (39).

La implementación de las nuevas políticas de recursos humanos en salud, bajo el marco normativo vigente, y en el contexto sanitario y el contexto político, social y económico, han tenido una serie de dificultades. Si bien es cierto se ha fomentado el desarrollo de los recursos humanos en salud y de médicos especialistas, aún no se han obtenido los resultados esperados, y por el contrario, los problemas han persistido e incluso se han agudizado, producto no solo de los problemas del Sistema de Salud, sino también de la implementación de los procesos de reforma y modernización del Estado y las políticas nacionales, regionales y locales. Las consecuencias de la persistencia de los

problemas de déficit de médicos especialistas se refleja en la limitada oferta de servicios de salud, en algunas regiones o zonas de rurales o urbano-marginales, para resolver problemas de salud de mediana o alta complejidad, lo cual define la baja capacidad resolutive y la baja capacidad de oferta de los establecimientos de salud ; y por otro lado, pero ligado a esta problemática, el problema social, económico y laboral del médico, reflejado en la precarización del empleo por la baja remuneración e inadecuadas condiciones de trabajo, las nuevas modalidades de contratación con menores derechos laborales que el régimen laboral general, y la migración hacia Lima metropolitana y el extranjero (16, 18).

## **2.4 Hipótesis**

No aplica.

## **2.5 Objetivos**

### **2.5.1 Objetivo General**

- Describir las características de la oferta de plazas de residentado medico en el marco de las políticas de recursos humanos en salud en el Perú, durante el periodo 2005 al 2013.

### **2.5.2 Objetivos Específicos**

- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según institución financiadora durante el periodo 2005 al 2013.
- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según modalidad de inversión durante el periodo 2005 al 2013.
- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según procedencia de la oferta de plazas durante el periodo 2005 al 2013.
- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según institución formadora durante el periodo 2005 al 2013.
- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según sede de salud docente durante el periodo 2005 al 2013.
- Describir la oferta de las plazas de residentado medico según priorización de especialidades durante el periodo 2005 al 2013.

## **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudio**

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo

### **3.2 Diseño de investigación**

Se procesaron los datos de la oferta de plazas vacantes de Residentado Medico publicada oficialmente en la página web de la CONAREME a través de los “Cuadros generales de plazas vacantes de Residentado Medico”, durante el periodo 2005 al 2013, para luego describir, según los criterios: el número y la evolución de la oferta de plazas vacantes de residentado médico, desagregando los resultados por institución financiadora, modalidad de inversión, procedencia geográfica, institución formadora, sede de salud docente y priorización de la especialidad, durante el periodo 2005 al 2013.

### 3.3 Universo y población a estudiar

Universo: Oferta de Plazas vacantes de Residentado Medico normado por la Comisión Nacional de Residentado Medico, durante el periodo 2005 al 2013.

En la población de estudio se identificará:

- Unidades de observación: cuadro general de plazas vacantes de residentado médico, durante el periodo 2005 al 2013.
- Unidades de análisis: plaza vacante de residentado médico, durante el periodo 2005 al 2013.

### 3.4 Muestra de estudio

No aplica.

### 3.5 Criterio de inclusión

Plaza vacante de residentado médico del cuadro general de vacantes Residentado Medico, publicado oficialmente en la página web de la CONAREME.

### 3.6 Criterios de exclusión

Se excluirá aquellas plazas vacantes de residentado medico reconvertidas a otra modalidad de plaza, después de la primera publicación oficial por la CONAREME.

### 3.7 Descripción de variables

La variable del estudio es la plaza vacante de residentado médico, la cual tiene las siguientes dimensiones:

- Plazas vacantes de residentado médico
- Plazas vacantes de residentado médico por Institución financiadora
- Plazas vacantes de residentado médico por modalidad de inversión
- Plazas vacantes de residentado médico por procedencia geográfica
- Plazas vacantes de residentado médico por Institución formadora
- Plazas vacantes de residentado médico por sede de salud docente
- Plazas vacantes de residentado médico por priorización de la especialidad

Variable / Dimensión	Definición operacional	Indicador	Escala de medición	Categoría o valores
Tipo de plaza	Número de plazas vacantes de residentado medico ofertadas en un proceso de admisión según tipo	Número de Plazas vacantes de residentado medico según tipo por año	Nominal	Plaza por destaque Plaza cautiva por MINSa Plaza cautiva por FFAA y PNP Plaza libre Plaza por beca nacional Plaza por beca internacional
Priorización de la especialidad	Plaza vacante de residentado medico priorizadas por especialidad según normatividad, a excepción de la plaza vacante por beca internacional.	Número de plazas de residentado medico por priorización por año	Nominal	Plaza de Especialidad priorizada Plaza de Especialidad no priorizada

Modalidad de la inversión	Plaza vacante de residentado médico que se diferencia por la obligatoriedad en el retorno, o no retorno, a la entidad de origen luego de culminado el residentado médico.	Número de Plazas de residentado medico por modalidad de la inversión por año	Nominal	Plaza de retorno de inversión Plaza de no retorno de inversión
Procedencia geográfica	Plaza por Ubicación geográfica en Lima metropolitana (centralizada) o fuera de ella (descentralizada) donde se desarrolla el residentado médico, en función a la ubicación de la Sede de salud docente o Institución formadora	Número de Plazas de residentado medico por procedencia de la oferta	Nominal	Plaza de procedencia centralizada Plaza de procedencia descentralizada
Institución financiadora	Plaza bajo financiamiento por Entidad pública o privada que permite ofertar la plaza vacante de residentado medico	Número de plazas de residentado medico por institución financiadora	Nominal	Plaza con financiamiento por MINSA, ESSALUD, gobiernos regionales,...
Sede de salud docente	Plaza correspondiente al Establecimiento de Salud o Institución donde se desarrolla físicamente el residentado medico	Número de plazas de residentado medico por sede de salud docente	Nominal	Plaza con sede de salud docente en el Hospital 1, Hospital 2, Hospital 3,...
Institución formadora	Universidad que, a través de sus Facultades de Medicina, Escuelas, Secciones o Unidades de Postgrado, que brida la formación del médico residente para su especialización o subespecialización.	Número de plazas de residentado medico por Universidad formadora	Nominal	Plaza con formación en la UNMSM, UPCH, UNFV...

### 3.8 Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos u otros

Se revisó la información contenida en la página web de la Comisión Nacional de Residentado Médico, tomando como fuente de información el cuadro general de plazas vacantes de residentado médico durante el periodo 2005 al 2013. No fue necesario solicitar información adicional a la Comisión Nacional de Residentado Médico.

Posteriormente, una vez obtenidas las fuentes de información, se procedió a identificar los datos según las variables propuestas e incorporarlo en las matrices de base de datos en el programa informático Microsoft Excel.

### 3.9 Procesamiento de datos

- 1) Se revisó la disponibilidad de las fuentes de información, es decir, los cuadros generales de plazas vacantes de residentado medico desde el año 2005 hasta 2013, y por cada institución financiadora (MINSA, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, Gobiernos regionales, entidades privadas y otros).
- 2) Se identificaron las variables en cada cuadro general de plazas vacantes, para estandarizar los procedimientos ya que en algunos años pueden haber variado los criterios de oferta de las plazas de residentado médico.
- 3) Se introdujeron los datos por medio de los instrumentos matrices diseñados para recolección de datos del programa informático Microsoft Excel.
- 4) Se realizó la verificación de los datos ingresados por una persona diferente a la que ingresó previamente los datos, para confirmar su veracidad (colaborador).

- 5) Se procesó los datos mediante el programa Microsoft Excel, a través de fórmulas de sumas, promedio y evolución.
- 6) Se tabuló la información estadística en cuadros y gráficos, luego se procedió a analizarlos.

#### **4. RESULTADOS**

##### **a. Marco de la política de recursos humanos en salud relacionadas a la formación de médicos especialistas en el Perú**

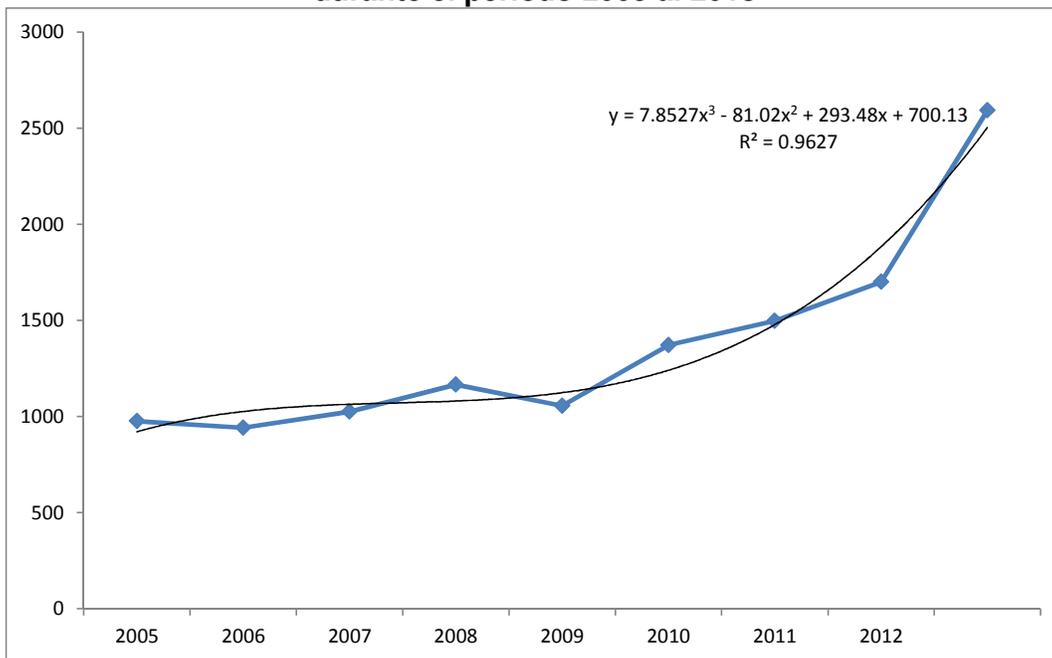
- Llamado a la Acción de Toronto:
  1. Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo para daptar la fuerza laboral a las necesidades de salud y a los cambios previstos en los sistemas de salud.
    - 1.1 Estrategia: Fortalecer la interaccion de los actores del campo RHUS para la planificacion concertada (disponibilidad y densidad de medicos especialistas).
    - 1.2 Estrategia: Implementar la gestion descentralizada de recursos humanos en salud.
  2. Desafío 3: Regular los desplazamientos y las migraciones de los trabajadores para garantizar atencion a la salud para toda la poblacion.
    - 2.1 Estrategia: Primer nivel de atencion (formacion de medicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, mediante modalidad de residentado médico)
    - 2.2 Estrategia: Nivel de atencion especializada (formacion de medicos especialistas).
- Lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud:
  1. Lineamiento 2: planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y el epidemiológico, así como las necesidades de la población, particularmente la más excluida.
  2. Lineamiento 3: Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.
- Normas legales sobre priorización de especialidades y subespecialidades en medicina humana, en la oferta de plazas vacantes de residentado médico en los procesos de admision al Sistema Nacional de Residentado Médico.

##### **b. Plazas vacantes de residentado médico durante el periodo 2005 al 2013**

Durante el periodo 2005 al 2013, se ofertaron 975, 941, 1024, 1165, 1055, 1371, 1497, 1699 y 2592 plazas de residentado médico. En el gráfico 1 se observa que la oferta de plazas tuvo una evolución a la alza, con una variación porcentual de 165%; además se observa que a partir del año 2010 hubo un

incremento constante de la oferta de plazas, con un mayor incremento en el año 2013 (52%) con respecto a los años anteriores, tal como se muestra en el gráfico 1.

**Gráfico 1. Oferta de plazas de residentado médico y línea de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



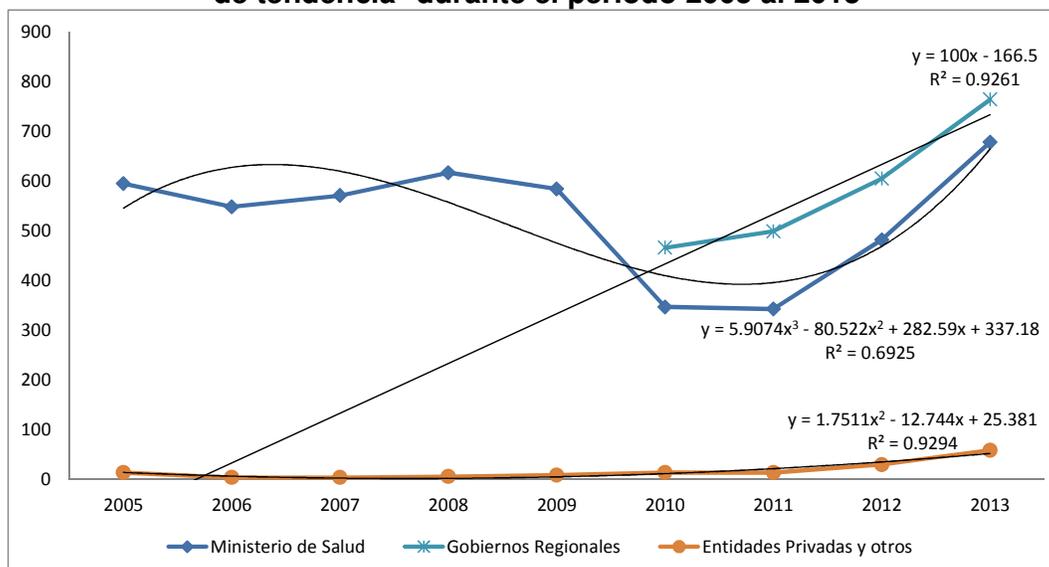
Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Tendencia polinómica de tercer orden, con una precisión alta ( $R^2$  0.9627).

### c. Plazas vacantes de residentado medico por Institución financiadora

Durante el periodo 2005 al 2013, según la entidad financiadora de la oferta de plazas de residentado médico, se observa una variación porcentual de 14% para el Ministerio de Salud, 64% para los Gobiernos Regionales (durante el periodo 2010 al 2013), 273% para EsSalud, 153% para las Sanidades de las Fuerzas Armadas, -1% para la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y 321% para las entidades privadas y otros.

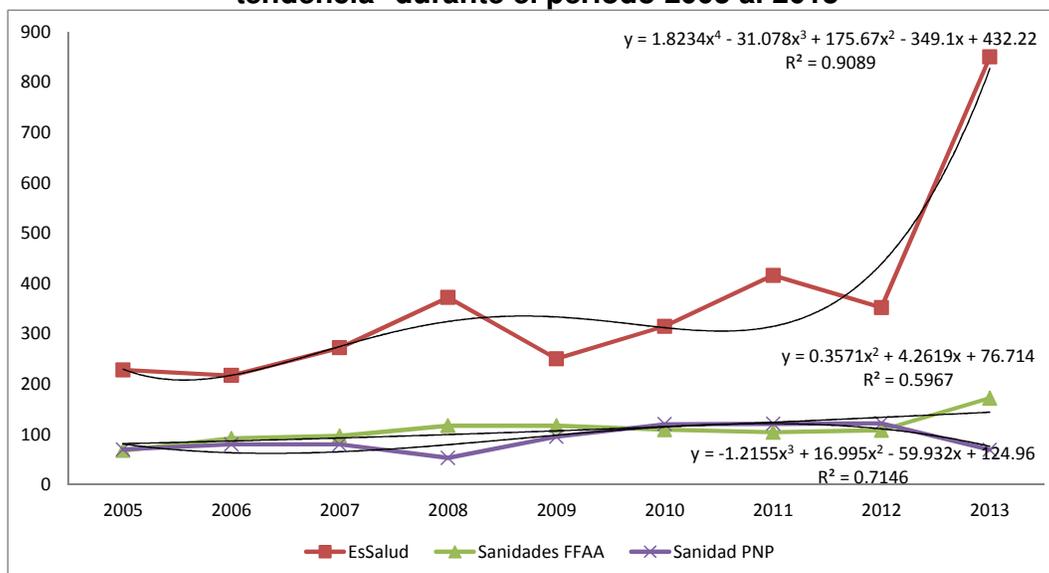
En el año 2005, según la entidad financiadora de la oferta de plazas de residentado médico, éstas fueron financiadas por el Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú y entidades privadas y otros, representando el 61%, 23%, 7%, 7% y 1% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, la oferta de plazas fueron financiadas por el Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y entidades privadas y otros, representando el 26%, 33%, 7%, 3%, 29% y 2% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 2 y 3.

**Gráfico 2. Financiamiento de la oferta de plazas de residentado médico por el MINSA, Gobiernos Regionales y entidades privadas y otros, y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*MINSA (línea de tendencia polinómica de tercer orden), Gobiernos Regionales (línea de tendencia lineal), entidades privadas y otros (línea de tendencia polinómica de segundo orden).

**Gráfico 3. Financiamiento de la oferta de plazas de residentado médico por EsSalud, Sanidades de las FFAA y Sanidad de la PNP y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



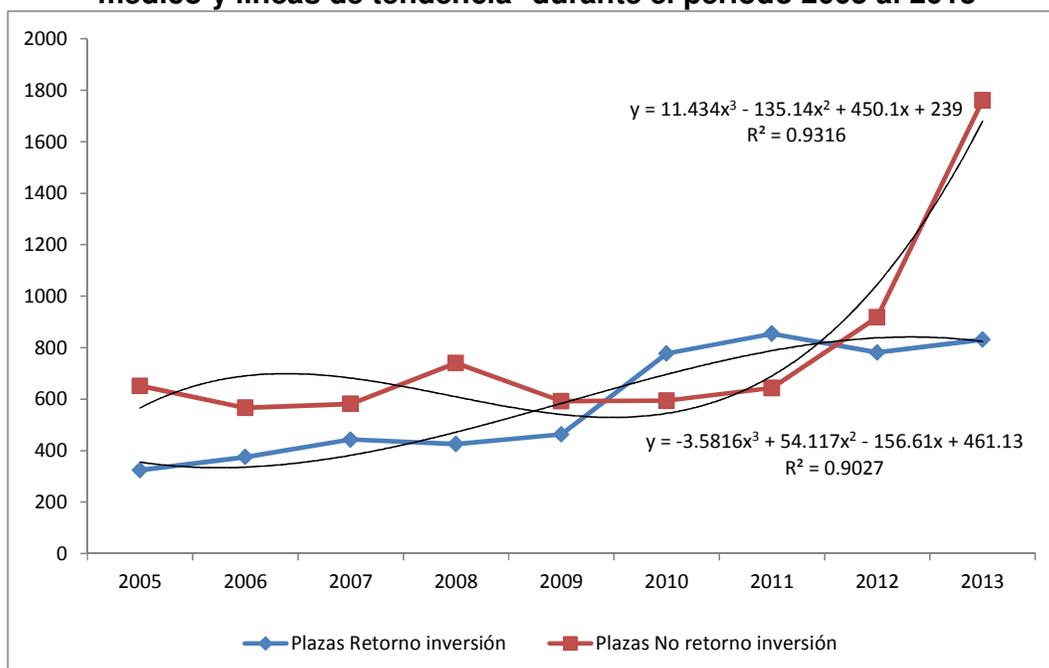
Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*EsSalud (línea de tendencia polinómica de cuarto orden), Sanidades de las FFAA (línea de tendencia polinómica de segundo orden), Sanidad de la PNP (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

#### d. Plazas vacantes de residentado médico por modalidad de la inversión

Durante el periodo 2005 al 2013, según la modalidad de inversión de la oferta de plazas de residentado médico, es decir, la agrupación de plazas de retorno de la inversión (plazas cautiva y de destaque) y no retorno de la inversión (plaza libre y por beca), se observa una variación porcentual de 156% para la modalidad de plazas de retorno de la inversión y 171% para la modalidad de plazas de no retorno de la inversión.

En el año 2005, según la modalidad de inversión de la oferta de plazas de residentado médico, la modalidad de plazas de retorno de la inversión y de no retorno de la inversión representó el 33% y 67% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, la oferta de plazas por modalidad de plazas de retorno de la inversión y de no retorno de la inversión representó el 32% y 68% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 4.

**Gráfico 4. Modalidad de la inversión de la oferta de plazas residentado médico y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



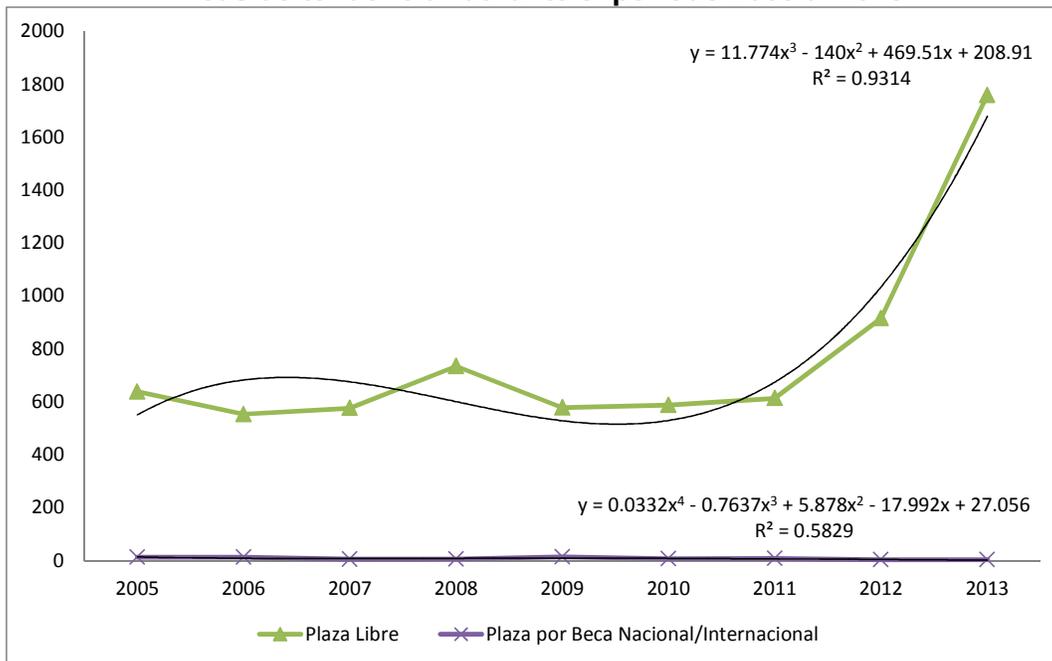
Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de retorno de la inversión (línea de tendencia polinómica de tercer orden), Plazas de no retorno de la inversión (línea de tendencia polinómica de tercer orden)

#### o Plazas de residentado médico por modalidad de la inversión según tipo de plazas

Durante el periodo 2005 al 2013, según el tipo de plaza de la oferta de plazas de residentado médico, se observa una variación porcentual acumulada de 176% para la plaza libre, 889% para la plaza cautiva, -64% para la plaza por destaque, y -77% para la plaza por beca.

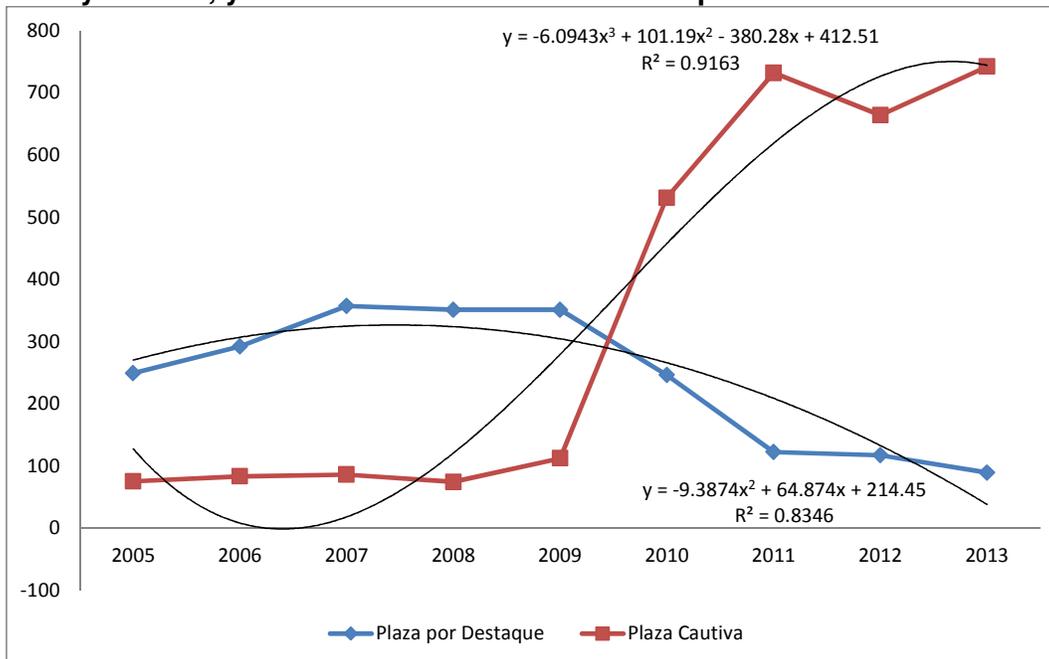
En el año 2005, según el tipo de plaza de la oferta de plazas de resindentado médico, éstas fueron de tipo plaza libre, plaza cautiva, plaza por destaque y plaza por beca, representando el 65%, 8%, 26% y 1% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, la oferta de plazas fueron de tipo plaza libre, plaza cautiva, plaza por destaque y plaza por beca, representando el 68%, 29%, 3% y 0.12% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 5 y 6.

**Gráfico 5. Oferta de plazas de resindentado médico por plaza libre y beca y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de resindentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plaza libre (línea de tendencia polinómica de tercer orden)

**Gráfico 6. Oferta de plazas de residentado médico por plaza por destaque y cautiva, y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plaza por destaque (línea de tendencia polinómica de segundo orden), plaza cautiva (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

○ **Plazas de residentado médico por modalidad de la inversión según tipo de plazas e institución financiadora**

En la tabla 1 se presenta la evolución de la oferta de plazas por tipo de plaza e institución financiadora, observándose que en la plaza cautiva se ha dado una mayor participación de los Gobiernos Regionales y EsSalud (modalidad de retorno de la inversión); mientras que en la plaza libre se ha dado una mayor participación del MINSA, EsSalud y Gobiernos Regionales (modalidad de no retorno de la inversión).

**Tabla 1. Modalidad de la inversión según tipo de plazas e institución financiadora durante el periodo 2005 al 2013**

Tipo de plazas	Institución financiadora	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Plaza por Destaque	MINSA	203	162	180	201	194	0	0	14	0
	EsSalud	23	83	130	110	110	157	70	25	0
	Sanidades FFAA	0	12	15	24	15	7	1	15	18
	Sanidad PNP	22	34	31	15	29	0	0	10	3
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros	1	1	1	1	3	0	0	1	12
<b>Sub total Destaque</b>		<b>249</b>	<b>292</b>	<b>357</b>	<b>351</b>	<b>351</b>	<b>246</b>	<b>122</b>	<b>117</b>	<b>89</b>
Plaza Cautiva	MINSA		0	0	0	0	31	31	14	18
	EsSalud		0	0	0	0	0	188	159	191
	Sanidades FFAA	47	57	57	64	74	70	59	60	84
	Sanidad PNP	28	26	29	10	38	120	92	84	72
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros		0	0	0	0	310	362	345	368
<b>Sub total Cautiva</b>		<b>75</b>	<b>83</b>	<b>86</b>	<b>74</b>	<b>112</b>	<b>531</b>	<b>732</b>	<b>664</b>	<b>742</b>
Plaza Libre	MINSA	379	373	386	412	378	316	312	454	660
	EsSalud	205	134	142	262	140	158	158	168	659
	Sanidades FFAA	21	23	25	29	28	32	31	33	36
	Sanidad PNP	20	20	20	28	28	0	28	28	28
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros	13	3	3	3	4	10	10	25	36
<b>Sub total Libre</b>		<b>638</b>	<b>553</b>	<b>576</b>	<b>734</b>	<b>578</b>	<b>587</b>	<b>613</b>	<b>915</b>	<b>1758</b>
Plaza por Beca nacional/internacional	MINSA	13	13	5	4	12	0	0	0	0
	Sanidades FFAA		0	0	0	0	0	3	0	0
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros		0	0	0	0	3	3	1	1
<b>Sub total Beca</b>		<b>13</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Financ. privado	Sanidades FFAA		0	0	0	0	0	10	0	0
	Sanidad PNP		0	0	0	0	0	1	0	0
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros		0	0	0	0	0	9	0	0
			0	0	0	0	0	2	0	0
<b>Sub total Fto. privado</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total de plazas</b>		<b>975</b>	<b>941</b>	<b>1024</b>	<b>1165</b>	<b>1055</b>	<b>1371</b>	<b>1497</b>	<b>1699</b>	<b>2592</b>

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia.

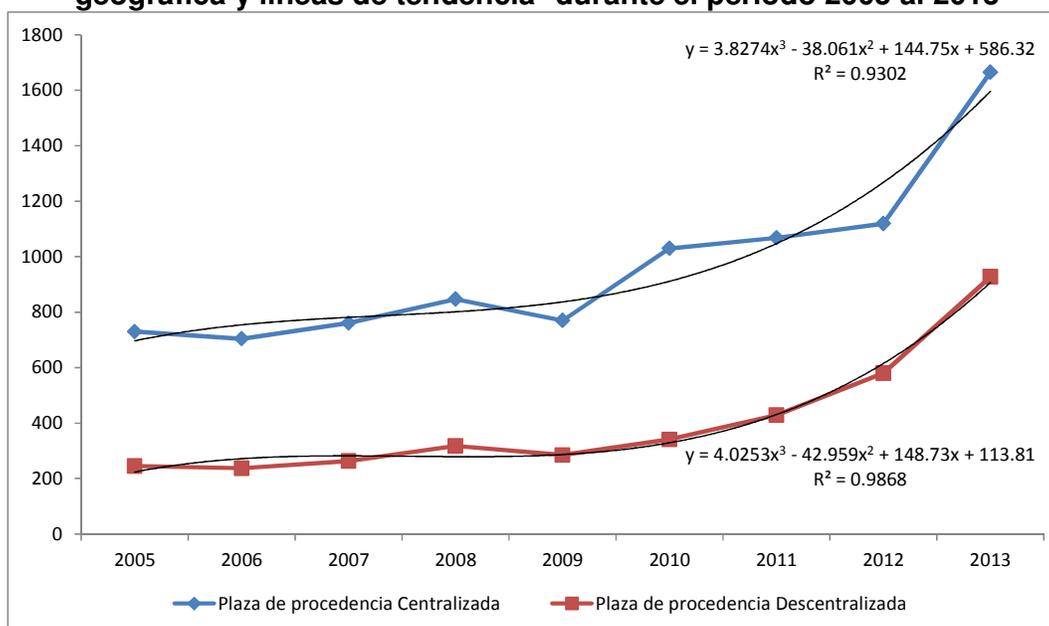
#### e. Plazas vacantes de residentado médico por procedencia geográfica

Durante el periodo 2005 al 2013, según la procedencia geográfica de la oferta de plazas de residentado médico, es decir, plazas de procedencia centralizada (plazas con sede de salud docentes en la provincia de Lima) y plazas de procedencia descentralizada (plazas con sede de salud docente en el resto de provincias de Lima, la Provincia Constitucional del Callao y los 24 departamentos), se observa una variación porcentual de 128% para las plazas de procedencia centralizada y 278% para las plazas de procedencia descentralizada.

En el año 2005, las plazas de procedencia centralizada y descentralizada representaron el 75% y 25% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como

instituciones financiadoras a partir del año 2010, la oferta de plazas de procedencia centralizada y descentralizada representaron el 64% y 36% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 7.

**Gráfico 7. Oferta de plazas de residentado médico por procedencia geográfica y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



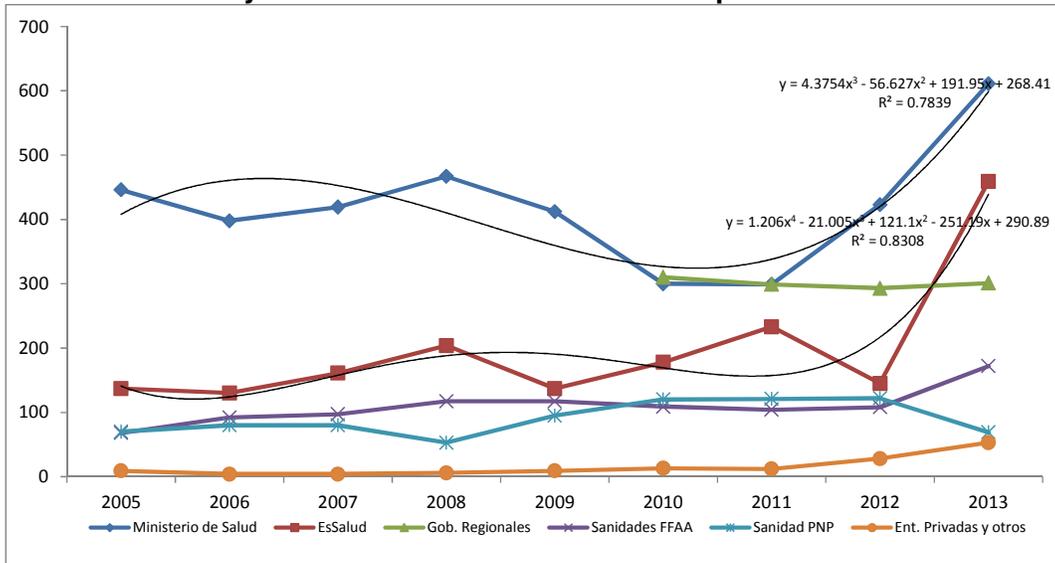
Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de procedencia centralizada (línea de tendencia polinómica de tercer orden), plazas de procedencia descentralizada (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

- **Plazas de residentado médico por procedencia geográfica de la oferta de plazas según institución financiadora**

Según la procedencia de la plaza de residentado médico por institución financiadora, se observa que la oferta de plazas en la provincia de Lima (procedencia “centralizada”) tuvo una variación porcentual acumulada de 37% para el Ministerio de Salud, 235% para EsSalud, -2.9% para los Gobiernos Regionales, 152% para las Sanidades FFAA, -1% para la Sanidad PNP y 488% para entidades privadas y otras; mientras que las plazas en el resto de provincias de Lima, la Provincia Constitucional del Callao y los 24 departamentos tuvo una variación porcentual acumulada de -55% para el Ministerio de Salud, 329% para EsSalud, 196% para los Gobiernos Regionales y 20% para entidades privadas y otras.

En el año 2005, en la provincia de Lima, el Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades FFAA, Sanidades PNP, y entidades privadas y otras, tuvieron una participación de 61%, 19%, 9%, 10% y 1% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, el Ministerio de Salud, EsSalud, Gobiernos Regionales, Sanidades FFAA, Sanidades PNP, y entidades privadas y otras, tuvieron una participación de 37%, 28%, 18%, 10%, 4% y 3% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 8.

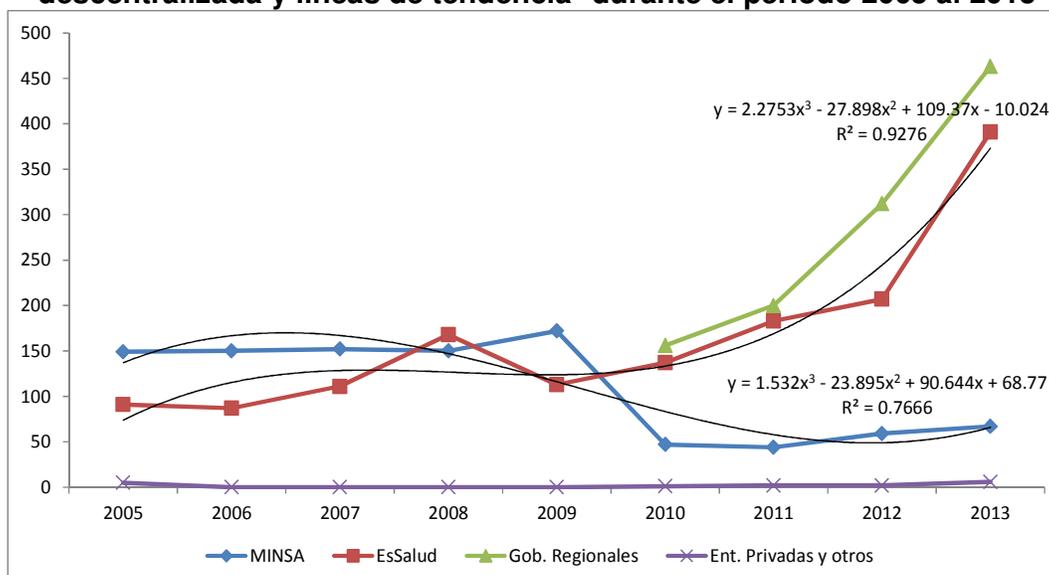
**Gráfico 8. Oferta de plazas de residentado médico por procedencia centralizada y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de Ministerio de Salud (línea de tendencia polinómica de tercer orden), plazas de EsSalud (línea de tendencia polinómica de cuarto orden)

En el año 2005, en el resto de provincias de Lima, la Provincia Constitucional del Callao y los 24 departamentos (procedencia “descentralizada”), el Ministerio de Salud (Sede de salud docente en la Provincia Constitucional del Callao, La Libertad, Ica, Arequipa, Cusco), EsSalud (Sede de salud docente en la Provincia Constitucional del Callao, Ancash, Arequipa, Cusco, Ica, Lambayeque, La Libertad, Piura y Puno), y entidades privadas y otras (Sede de salud docente en Moquegua), tuvieron una participación de 61%, 37% y 2% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, el Ministerio de Salud (Sede de salud docente en la Provincia Constitucional del Callao), EsSalud (Sede de salud docente en la Provincia Constitucional del Callao, Ancash, Arequipa, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Piura, Puno y Tacna), Gobiernos Regionales (Sede de salud docente en Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Piura, Puno y Tacna) y entidades privadas y otras (Sede de salud docente en Arequipa), tuvieron una participación de 7%, 42%, 50% y 1% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 9.

**Gráfico 9. Oferta de plazas de residentado médico por procedencia descentralizada y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. Plazas del MINSA (línea de tendencia polinómica de tercer orden), plazas de EsSalud (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

- **Plazas de residentado médico por procedencia geográfica de la oferta de plazas según departamento e institución financiadora**

Los departamentos con sedes de salud docente que ofertan plazas de residentado médico han ido incrementando progresivamente desde el año 2008. En la actualidad, en 15 de 25 departamentos tienen sedes de salud docente donde se ofertan plazas de residentado médico, tal como se muestra en la tabla 2. En departamentos como Amazonas, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín, Tumbes y Ucayali, y Lima provincias, no se han ofertado plazas de residentado médico.

**Tabla 2. Evolución de departamentos con oferta de plazas de residentado médico durante el periodo 2005 al 2013**

Departamentos con oferta de plazas de residentado médico								
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*	Provincia de Lima*
Callao	Callao	Callao	Callao	Callao	Callao	Callao**	Callao**	Callao**
La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad	La Libertad
Ica	Ica	Ica	Ica	Ica	Ica	Ica	Ica	Ica
Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco
Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa	Arequipa
Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque	Lambayeque
Ancash			Ancash	Ancash	Ancash	Ancash	Ancash	Ancash
Piura			Piura	Piura	Piura	Junín	Junín	Junín
Puno				Junín	Junín	Loreto	Loreto	Loreto
Moquegua					Loreto	Ayacucho	Ayacucho	Ayacucho
					Ayacucho	Puno	Puno	Puno
						Apurímac	Apurímac	Apurímac
							Tacna	Tacna
							Cajamarca	Cajamarca
								Piura
11	7	7	9	10	12	13	15	16

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia.

En el año 2013, en los 16 departamentos donde se ofertaron plazas de residentado médico, el 63.7% fue en la provincia de Lima, el 8.4% en la Libertad, el 8.1% en la Provincia Constitucional del Callao, y el resto en 13 departamentos del país.

En ese mismo año, todas las instituciones financiadoras ofertaron plazas de residentado médico en la provincia de Lima. EsSalud ofertó plazas en 12 departamentos del país, además de la provincia de Lima. Sólo 15 de los 25 Gobiernos Regionales ofertaron plazas en su respectivo ámbito geográfico, pero de éstas el 38.3% de su oferta de plazas estuvieron ubicadas en sedes docentes de la provincia de Lima, tal como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3. Oferta de plazas de residentado médico por departamento e institución financiadora en el año 2013**

Departamento	Ministerio de Salud	EsSalud	Gobiernos Regionales	Sanidad PNP	Sanidades FFAA	Entidades Privadas y otros	Total	Porcentaje de participación
Provincia de Lima*	606	459	293	69	172	53	1652	63.73%
La Libertad		75	145				220	8.49%
Callao**	72	130	8				210	8.10%
Arequipa		62	98			6	166	6.40%
Lambayeque		35	27				62	2.39%
Piura		16	30				46	1.77%
Puno		13	30				43	1.66%
Ica		18	22				40	1.54%
Junín		18	15				33	1.27%
Cajamarca			26				26	1.00%
Cusco		13	11				24	0.93%
Loreto		2	20				22	0.85%
Ancash		7	8				15	0.58%
Ayacucho			15				15	0.58%
Tacna		2	8				10	0.39%
Apurímac			8				8	0.31%
<b>Total</b>	<b>678</b>	<b>850</b>	<b>764</b>	<b>69</b>	<b>172</b>	<b>59</b>	<b>2592</b>	

Fuente: Cuadro de plazas vacantes de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia.

**f. Plazas vacantes de residentado medico por Institución formadora**

En el Perú, hasta el año 2013, han existido 34 Universidades con Facultades de Medicina. En la tabla 4, se observa que en el año 2005 sólo 10 Universidades ofertaban plazas de residentado médico, 4 de ellas en la provincia de Lima y 6 en el resto de departamentos del país; mientras que en el año 2013, éstas se incrementaron a 16 Universidades, 6 en la provincia de Lima y 15 en el resto de departamentos del país. Además, se observa que, en el año 2013, los departamentos que contaron con más instituciones formadoras de médicos especialistas son: la provincia de Lima, La Libertad, Arequipa y Junín, con 6, 3, 2 y 2 sedes de salud docentes, respectivamente.

**Tabla 4. Instituciones formadoras de médicos especialistas por departamentos durante el periodo 2005 al 2013**

Universidad con Facultad de Medicina hasta el 2013	Departamento	Institución formadora 2005	Institución formadora 2013
Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa	Arequipa	X	X
Universidad Católica Santa María	Arequipa	X	X
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	Lambayeque		
Universidad de Chiclayo	Lambayeque		
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	Lambayeque	X	X
Universidad Cesar Vallejo	La Libertad		X
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	Loreto		
Universidad Nacional de Trujillo	La Libertad	X	X
Universidad Privada Antenor Orrego	La Libertad		X
Universidad Nacional de Cajamarca	Cajamarca		X
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Provincia de Lima	X	X
Universidad Peruana Cayetano Heredia	Provincia de Lima	X	X
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco	Cusco	X	X
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas	Provincia de Lima		
Universidad Privada San Juan Bautista	Provincia de Lima		
Universidad Nacional del Centro del Perú	Junín		X
Universidad Peruana Los Andes	Junín		X
Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco	Huánuco		
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	Tacna		
Universidad Alas Peruanas	Provincia de Lima		
Universidad José Faustino Sánchez Carrión	Lima provincias		
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica	Ica	X	X
Universidad Nacional Federico Villarreal	Provincia de Lima	X	X
Universidad Ricardo Palma	Provincia de Lima		X
Universidad Científica del Sur	Provincia de Lima		X
Universidad de San Martín de Porres	Provincia de Lima	X	X
Universidad San Pedro	Ancash		X
Universidad Nacional de Piura	Piura		X
Universidad Nacional del Altiplano Puno	Puno		X
Universidad Nacional de San Martín	San Martín		
Universidad Privada de Tacna	Tacna		X
Universidad Nacional de Ucayali	Ucayali		
Universidad Continental	Junín		
Universidad Peruana Unión	Provincia de Lima		
Procedencia de las Facultades de Medicina	Facultades de Medicina	Institución formadora 2005	Institución formadora 2013
Provincia de Lima	10	4	6
Lima provincias, resto de Departamentos	24	6	15

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia.

**g. Plazas vacantes de residentado médico por sede de salud docente**

Durante el periodo 2005 al 2013, se ha pasado de contar con 50 sedes de salud docente a contar con 141, es decir, se ha tenido un incremento de 64.5%; los departamentos que tuvieron un mayor incremento fue Puno, La Libertad, Arequipa y Lima, con 85%, 76%, 72% y 53%, respectivamente. En el año 2013, los departamentos con más sedes de salud docentes fue Lima, La Libertad, Arequipa y Puno, con 71, 17, 11 y 7 sedes de salud docente, respectivamente. Otros departamentos que al inicio del periodo no tenían sedes de salud docentes fueron abriendo éstas principalmente por los Gobiernos Regionales

como Instituciones financiadoras: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Junín, Loreto y Tacna, tal como se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5. Número de sedes de salud docente por departamento e institución financiadora durante el periodo 2005 al 2013**

Departamento	Institución financiadora	Sedes de salud docente								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ancash	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Gobierno regional						1	1	1	1
<b>Total Ancash</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Apurímac	Gobierno regional							1	1	1
<b>Total Apurímac</b>								<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Arequipa	Entidades privadas y otros						1	1	1	4
	EsSalud	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	Gobierno regional	2	2	2	2	2	2	3	3	5
<b>Total Arequipa</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>11</b>
Ayacucho	Gobierno regional						1	1	1	4
<b>Total Ayacucho</b>							<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Cajamarca	Gobierno regional								1	2
<b>Total Cajamarca</b>									<b>1</b>	<b>2</b>
Callao	EsSalud									1
	Gobierno regional	1	1	1	1	1	1	2	2	2
<b>Total Callao</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Cusco	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Gobierno regional	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Total Cusco</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Ica	EsSalud	1	1	1	1	1	1	2	2	2
	Gobierno regional	1	1	1	1	1	1	1	1	2
<b>Total Ica</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Junín	EsSalud							1	1	1
	Gobierno regional						1	1	2	3
<b>Total Junín</b>							<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
La Libertad	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	1	6
	Gobierno regional	3	3	3	3	3	3	3	4	11
<b>Total La Libertad</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>17</b>
Lambayeque	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Gobierno regional						2	2	2	2
<b>Total Lambayeque</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Lima	Entidades privadas y otros	4	4	4	4	5	7	7	9	13
	EsSalud	6	6	6	6	6	6	7	7	14
	MINSA	19	19	19	20	20	22	22	26	40
	Sanidad FFAA	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Sanidad PNP	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total Lima</b>		<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>71</b>
Loreto	EsSalud							1	1	1
	Gobierno regional						2	2	2	2
<b>Total Loreto</b>							<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Piura	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Gobierno regional									2
<b>Total Piura</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Puno	EsSalud	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	Gobierno regional							2	2	5
<b>Total Puno</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
Tacna	EsSalud									1

Gobierno regional								1	2
Total Tacna								1	3
Total general	50	50	50	51	52	65	74	85	141

Fuente: Cuadro de plazas vacantes de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \* Desde el año 2005 hasta el 2009, las sedes de salud docente de los actuales Gobiernos Regionales eran financiadas por el MINSA.

En la tabla 6 se presenta las sedes de salud docente por cada departamento e institución financiadora durante el periodo 2005 al 2013. Se observa el incremento de sedes de salud docente no sólo en hospital e institutos como al inicio del periodo sino que también se fueron abriendo sede en centros de salud, policlínicos, clínicas y Direcciones de Salud. Además, se observa una mayor participación de instituciones financiadoras: MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud y entidades privadas.

**Tabla 6. Sedes de salud docente por departamento e institución financiadora durante el periodo 2005 al 2013**

Departamento	Institución financiadora	Sede de salud docente								
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ancash	Gobierno regional						HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON DE ANCASH			
Ancash	EsSalud	HOSPITAL III CHIMBOTE	HOSPITAL III CHIMBOTE	HOSPITAL III CHIMBOTE	HOSPITAL III CHIMBOTE					
Apurímac	Gobierno regional							HOSPITAL REGIONAL DE APURIMAC	HOSPITAL REGIONAL DE APURIMAC	HOSPITAL REGIONAL DE APURIMAC
Arequipa	Gobierno regional	HOSPITAL REGIONAL HNORIO DELGADO DE AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HNORIO DELGADO DE AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HNORIO DELGADO DE AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HNORIO DELGADO DE AREQUIPA					
Arequipa	Gobierno regional	HOSPITAL III GOYENECH DE AREQUIPA	HOSPITAL III GOYENECH DE AREQUIPA	HOSPITAL III GOYENECH DE AREQUIPA	HOSPITAL III GOYENECH DE AREQUIPA					
Arequipa	Gobierno regional							IREN DE AREQUIPA	IREN DE AREQUIPA	IREN DE AREQUIPA
Arequipa	EsSalud	HOSPITAL IV CARLOS ALBERTO SEGUIN DE AREQUIPA	HOSPITAL IV CARLOS ALBERTO SEGUIN DE AREQUIPA	HOSPITAL IV CARLOS ALBERTO SEGUIN DE AREQUIPA	HOSPITAL IV CARLOS ALBERTO SEGUIN DE AREQUIPA					
Arequipa	Entidades privadas y otros						SERVICIOS MEDICO DE SEDIMED			SERVICIOS MEDICO DE SEDIMED
Arequipa	EsSalud						HOSPITAL III YANAHUARA DE AREQUIPA			
Arequipa	Entidades privadas y otros							HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE AREQUIPA	HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE AREQUIPA	HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE AREQUIPA
Arequipa	Gobierno regional									GERESA AREQUIPA
Arequipa	Gobierno regional									RED DE SALUD CAYOMA DE AREQUIPA
Arequipa	Entidades privadas y otros									CLINICA AREQUIPA
Arequipa	Entidades privadas y otros									DIVISION MEDICO LEGAL III DE AREQUIPA
Ayacucho	Gobierno regional						HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO			
Ayacucho	Gobierno regional									HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO DE AYACUCHO
Ayacucho	Gobierno regional									HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AYACUCHO
Ayacucho	Gobierno regional									HOSPITAL SANTA ELENA DE AYACUCHO
Cajamarca	Gobierno regional								HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
Cajamarca	Gobierno regional									RED II CAJAMARCA
Callao	Gobierno regional	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION					

Callao	Gobierno regional							HOSPITAL SAN JOSE DE CALLAO	HOSPITAL SAN JOSE DE CALLAO	HOSPITAL SAN JOSE DE CALLAO
Callao	EsSalud									HOSPITAL II LIMA NORTE LUIS NEGREIROS
Cusco	Gobierno regional	HOSPITAL ANTONIO LORENA	HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO	HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO	HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO	HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO				
Cusco	Gobierno regional	HOSPITAL REGIONAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	HOSPITAL REGIONAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	HOSPITAL REGIONAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	HOSPITAL REGIONAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO					
Cusco	EsSalud	HOSPITAL IV GUEVARA VELASCO SURESTE CUSCO	HOSPITAL IV GUEVARA VELASCO SURESTE CUSCO	HOSPITAL IV GUEVARA VELASCO SURESTE CUSCO	HOSPITAL IV GUEVARA VELASCO SURESTE CUSCO					
Ica	Gobierno regional	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	HOSPITAL REGIONAL DE ICA					
Ica	EsSalud	HOSPITAL III FELIX TORREALVA DE ICA	HOSPITAL III FELIX TORREALVA DE ICA	HOSPITAL III FELIX TORREALVA DE ICA	HOSPITAL III FELIX TORREALVA DE ICA					
Ica	EsSalud							HOSPITAL IV HERNANDEZ MENDOZA DE ICA	HOSPITAL IV HERNANDEZ MENDOZA DE ICA	HOSPITAL IV HERNANDEZ MENDOZA DE ICA
Ica	EsSalud									HOSPITAL II RENEE TOCHE GROPO
Ica	Gobierno regional									HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
Junín	Gobierno regional						HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DE JUNIN			
Junín	Gobierno regional									HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE JUNIN
Junín	EsSalud							HOSPITAL IV RAMIRO PRIALE HUANCAYO	HOSPITAL IV RAMIRO PRIALE HUANCAYO	HOSPITAL IV RAMIRO PRIALE HUANCAYO
Junín	Gobierno regional									CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD DE JUNIN
La Libertad	Gobierno regional	HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO	HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO	HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO	HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO					
La Libertad	Gobierno regional	IRO TRUJILLO	IRO TRUJILLO	IRO TRUJILLO	IRO TRUJILLO					
La Libertad	Gobierno regional	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO					
La Libertad	Gobierno regional								IREN DE LA LIBERTAD	IREN DE LA LIBERTAD
La Libertad	EsSalud	HOSPITAL IV LAZARTE ECHEGARAY DE LA LIBERTAD	HOSPITAL IV LAZARTE ECHEGARAY DE LA LIBERTAD	HOSPITAL IV LAZARTE ECHEGARAY DE LA LIBERTAD	HOSPITAL IV LAZARTE ECHEGARAY DE LA LIBERTAD					
La Libertad	EsSalud									HOSPITAL I MOCHE
La Libertad	EsSalud									HOSPITAL I LA ESPERANZA
La Libertad	EsSalud									HOSPITAL LUIS ALBRECHT
La Libertad	EsSalud									HOSPITAL I FLORENCIA DE MORA
La Libertad	EsSalud									HOSPITAL II CHOCOPE
La Libertad	Gobierno regional									HOSPITAL CESAR VALLEJO MENDOZA DE LA LIBERTAD



Lima	MINSA						HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA	HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA	HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA	HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA
Lima	MINSA	DISA V LIMA CIUDAD	DISA V LIMA CIUDAD	DISA V LIMA CIUDAD	DISA V LIMA CIUDAD					
Lima	MINSA				DISA IV LIMA ESTE	DISA IV LIMA ESTE	DISA IV LIMA ESTE	DISA IV LIMA ESTE	DISA IV LIMA ESTE	DISA IV LIMA ESTE
Lima	MINSA						DISA II LIMA SUR	DISA II LIMA SUR	DISA II LIMA SUR	DISA II LIMA SUR
Lima	MINSA							PUESTO DE SALUD AMAKELLA DISA V LC	PUESTO DE SALUD AMAKELLA DISA V LC	PUESTO DE SALUD AMAKELLA DISA V LC
Lima	MINSA							HOSPITAL PUENTE PIEDRA CLLH	HOSPITAL PUENTE PIEDRA CLLH	HOSPITAL PUENTE PIEDRA CLLH
Lima	MINSA							PUESTO DE SALUD JOSE OLAYA DISA V LC	PUESTO DE SALUD JOSE OLAYA DISA V LC	PUESTO DE SALUD JOSE OLAYA DISA V LC
Lima	MINSA							INS CENSOPAS-HOSPITAL CAYETANO HEREDIA		
Lima	EsSalud	HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI	HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI	HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI	HOSPITAL NACIONAL REBAGLIATI					
Lima	EsSalud	HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	HOSPITAL NACIONAL ALMENARA					
Lima	EsSalud	HOSPITAL NACIONAL SABOGAL	HOSPITAL NACIONAL SABOGAL	HOSPITAL NACIONAL SABOGAL	HOSPITAL NACIONAL SABOGAL					
Lima	EsSalud	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR	INCOR
Lima	EsSalud	HOSPITAL III ANGAMOS	HOSPITAL III ANGAMOS	HOSPITAL III ANGAMOS	HOSPITAL III ANGAMOS					
Lima	EsSalud	HOSPITAL GRAU	HOSPITAL GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU	HOSPITAL III GRAU
Lima	EsSalud							HOSPITAL SAN ISIDRO LABRADOR	HOSPITAL SAN ISIDRO LABRADOR	HOSPITAL CLINICA GERIATRICA SAN ISIDRO LABRADOR
Lima	Sanidad PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP	HOSPITAL PNP
Lima	Sanidad FFAA	HOSPITAL EJERCITO	HOSPITAL EJERCITO	HOSPITAL EJERCITO	HOSPITAL EJERCITO					
Lima	Sanidad FFAA	HOSPITAL FAP	HOSPITAL FAP	HOSPITAL FAP	HOSPITAL FAP					
Lima	Sanidad FFAA	HOSPITAL NAVAL	HOSPITAL NAVAL	HOSPITAL NAVAL	HOSPITAL NAVAL					
Lima	Entidades privadas y otros	CLINICA SAN PABLO	CLINICA SAN PABLO	CLINICA SAN PABLO	CLINICA SAN PABLO					
Lima	Entidades privadas y otros	CLINICA MORILLAS	CLINICA MORILLAS	CLINICA MORILLAS	CLINICA MORILLAS					
Lima	Entidades privadas y otros	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD	OFTALMOSALUD
Lima	Entidades privadas y otros	INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL					
Lima	Entidades privadas y otros					CLINICA RICARDO PALMA	CLINICA RICARDO PALMA	CLINICA RICARDO PALMA	CLINICA RICARDO PALMA	CLINICA RICARDO PALMA
Lima	Entidades privadas y otros						HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS			HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS
Lima	Entidades privadas y otros						HOSPITAL DE OJOS DEL PERU			HOSPITAL DE OJOS DEL PERU
Lima	Entidades privadas y otros							INSTITUTO BRAZZINI	INSTITUTO BRAZZINI	INSTITUTO BRAZZINI
Lima	Entidades privadas y otros							ONCOSALUD	ONCOSALUD	ONCOSALUD
Lima	Entidades								CLINICA INTERNACIONAL	CLINICA INTERNACIONAL

	privadas y otros			
Lima	Entidades privadas y otros		INSTITUTO DE OJOS SACRO CUORE	INSTITUTO DE OJOS SACRO CUORE
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD CONDEVILLA - DISA V LC
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS - DISA V LC
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE SURCO - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD MADRE TERESA DE CALCUTA - DISA IV LE
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SAN FERNANDO - DISA IV LE
Lima	MINSA			HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD JAIME ZUBIETA - DISA IV LE
Lima	MINSA			MICRORRED JOSE CARLOS MARIATEGUI - DISA II LS
Lima	MINSA			MICRORRED LEONOR SAAVEDRA - DISA II LS
Lima	MINSA			MICRORRED OLLANTAY - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO MATERNO INFANTIL CESAR LOPEZ SILVA - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD PACHACAMAC - DISA II LS
Lima	MINSA			CENTRO DE SALUD PORTADA DE MANCHAY - DISA II LS
Lima	EsSalud			POLICLINICO VILLA MARIA
Lima	EsSalud			POLICLINICO JUAN JOSE RODRIGUEZ LAZO
Lima	EsSalud			HOSPITAL II VITARTE
Lima	EsSalud			HOSPITAL ULDARICO ROCA
Lima	EsSalud			HOSPITAL I DIAZ UFANO
Lima	EsSalud			HOSPITAL VOTO BERNALES
Lima	EsSalud			HOSPITAL I CARLOS ALCANTARA
Lima	Entidades privadas y otros			INSTITUTO KIRSCHBAUM
Lima	Entidades privadas y otros			INSTITUTO DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA DE LA CLINICA RICARDO PALMA
Lima	Entidades privadas y otros			CLINICA SAN BORJA
Lima	Entidades privadas y otros			CLINICA DEL TRABAJADOR
Lima	Entidades privadas y otros			CLINICA ANGOAMERICANA

Loreto	Gobierno regional						HOSPITAL DE APOYO DE IQUITOS	HOSPITAL DE APOYO DE IQUITOS	HOSPITAL DE APOYO DE IQUITOS	HOSPITAL DE APOYO DE IQUITOS
Loreto	Gobierno regional						HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Loreto	EsSalud						HOSPITAL III IQUITOS DE LORETO	HOSPITAL III IQUITOS DE LORETO	HOSPITAL III IQUITOS DE LORETO	HOSPITAL III IQUITOS DE LORETO
Piura	EsSalud	HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA DE PIURA	HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA DE PIURA	HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA DE PIURA						
Piura	Gobierno regional									HOSPITAL II SANTA ROSA DE PIURA
Piura	Gobierno regional									HOSPITAL II SULLANA DE PIURA
Puno	Gobierno regional							HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DE PUNO	HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DE PUNO	HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DE PUNO
Puno	Gobierno regional							HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO	HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO	HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO
Puno	EsSalud	HOSPITAL III JULIACA DE PUNO	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA DE PUNO	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA	HOSPITAL III JULIACA
Puno	EsSalud								HOSPITAL III PUNO	HOSPITAL III PUNO
Puno	Gobierno regional									RED PUNO CENTRO DE SALUD JOSE ANTONIO ENCINAS
Puno	Gobierno regional									RED PUNO CENTRO DE SALUD VALLECITO
Puno	Gobierno regional									RED SAN ROMAN CENTRO DE SALUD REVOLUCION
Tacna	Gobierno regional								HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE DE TACNA	HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE DE TACNA
Tacna	EsSalud									HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION
Tacna	Gobierno regional									DIRESA TACNA
Total de sedes de salud docente		50	50	50	51	52	65	74	85	141

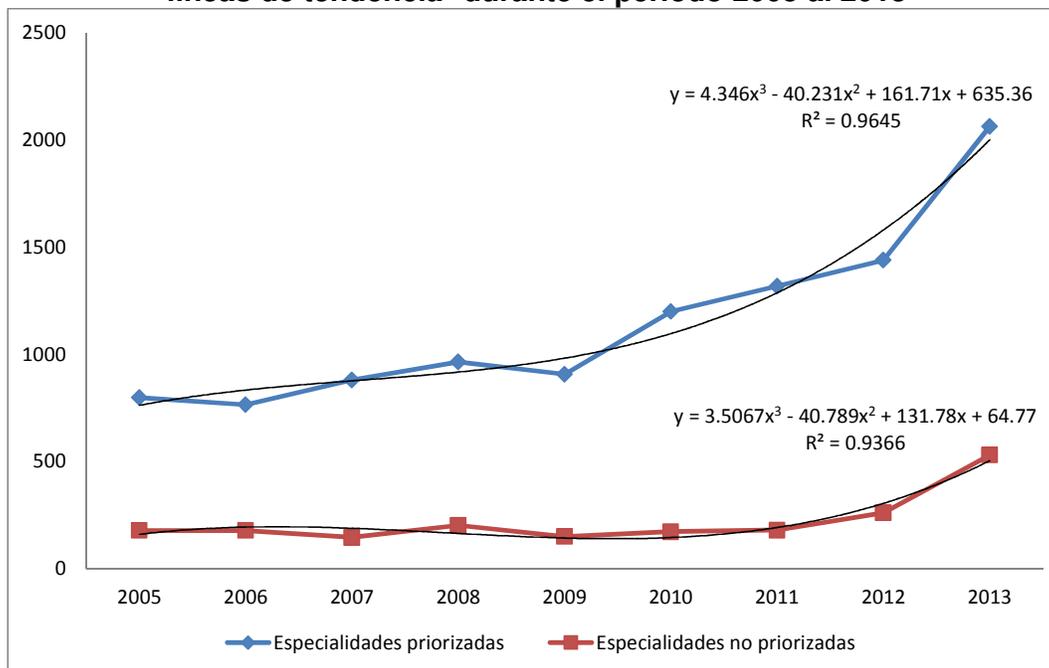
#### **h. Plazas vacantes de residentado medico por priorización de la especialidad**

Durante el periodo 2005 al 2013, se aprobaron tres documentos normativos (en el año 2007, 2009 y 2012) que establecían las especialidades y subespecialidades prioritarias a ser consideradas en la oferta de plazas en los procesos de admisión al SINAREME. En ese sentido, se ha tomado como referencia el documento normativo de priorización de especialidades y subespecialidades aprobado en el año 2009 por ser un hito a la mitad del periodo de evaluación, en la cual se consideraron 25 especialidades y subespecialidades prioritarias. Es necesario precisar que en la priorización de especialidades del año 2007 se consideraron 23 especialidades, con un 76% de coincidencia con respecto al año 2009 (no coincidieron las especialidades de Hematología clínica, Oncología médica, Anatomía patológica y Otorrinolaringología), y en la priorización de especialidades del año 2012 se consideraron 38 especialidades, con un 65% de coincidencia con respecto al año 2009 (No coincidieron las especialidades de Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía oncológica abdominal, Cirugía pediátrica, Cirugía torácica y cardiovascular, Dermatología, Hematología, Medicina del deporte, Medicina intensiva pediátrica, Medicina ocupacional y del medio ambiente, Medicina oncológica, Nefrología, Otorrinolaringología y Reumatología).

Durante el periodo 2005 al 2013, la oferta de plazas de residentado médico según la priorización de especialidades, se observa una variación porcentual acumulada de 159% para las plazas de especialidades priorizadas y 199% para las plazas de especialidades no priorizadas.

En el año 2005, la oferta de plazas de especialidades priorizadas y no priorizadas representó el 82% y 18% del total de plazas, respectivamente; mientras que en el año 2013, con la inclusión de los Gobiernos Regionales como instituciones financiadoras a partir del año 2010, la oferta de plazas de especialidades priorizadas y no priorizadas representó el 80% y 20% del total de plazas, respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 10.

**Gráfico 10. Oferta de plazas de residentado médico según priorización y líneas de tendencia\* durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de especialidades priorizadas (línea de tendencia polinómica de tercer orden), plazas de especialidades no priorizadas (línea de tendencia polinómica de tercer orden)

En la tabla 7 se presenta el número de plazas vacantes de residentado médico de las 25 especialidades y subespecialidades priorizadas (según año de referencia) y la variación porcentual durante el periodo 2005 al 2013 por cada una de éstas especialidades y subespecialidades. En el año 2005, las 25 especialidades y subespecialidades priorizadas representaron el 81.8%, mientras que en el año 2013 representaron el.79.5% del total de plazas.

**Tabla 7. Número de plazas de residentado médico y porcentaje de variación de Especialidades priorizadas durante el periodo 2005 al 2013**

Especialidades (a)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Porc. de variación
Medicina familiar y comunitaria	15	15	55	72	43	66	85	96	288	1820%
Medicina de emergencias y desastres	17	23	21	23	18	25	42	49	65	282%
Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	7	8	8	11	10	13	11	18	25	257%
Neurocirugía	11	11	12	10	13	15	19	24	37	236%
Geriatría	14	11	20	17	16	24	23	22	42	200%
Neonatología	22	19	22	25	28	33	39	44	59	168%
Psiquiatría	31	31	30	31	32	43	35	57	83	168%
Radiología	31	37	37	46	38	56	67	66	82	165%
Medicina intensiva	23	25	26	28	27	32	35	51	60	161%
Anestesiología	68	57	63	81	80	108	127	148	174	156%
Medicina física y de rehabilitación	18	16	18	19	21	25	30	23	46	156%
Oftalmología	30	33	33	41	44	47	55	48	76	153%
Neumología	18	17	16	20	16	23	24	27	45	150%
Cirugía general	60	64	69	78	71	92	96	101	140	133%
Cardiología	24	26	28	30	27	29	37	37	56	133%
Endocrinología	12	10	10	8	13	21	19	21	28	133%
Neurología	21	24	22	21	26	32	25	32	47	124%
Gastroenterología	25	22	24	29	22	30	38	33	54	116%
Ginecología y obstetricia	80	85	90	96	94	125	137	150	172	115%
Ortopedia y traumatología	38	36	38	37	41	54	57	57	79	108%
Urología	20	17	18	19	20	26	25	24	41	105%
Pediatría	101	85	105	102	105	128	143	155	192	90%
Patología clínica	25	22	25	26	23	34	29	25	47	88%
Medicina interna	69	63	73	81	70	93	98	116	105	52%
Gestión y administración en salud	18	7	16	13	8	25	22	15	20	11%
<b>Especialidades priorizadas</b>	<b>798</b>	<b>764</b>	<b>879</b>	<b>964</b>	<b>906</b>	<b>1199</b>	<b>1318</b>	<b>1439</b>	<b>2063</b>	<b>159%</b>
Especialidades No priorizadas	177	177	145	201	149	172	179	260	529	199%

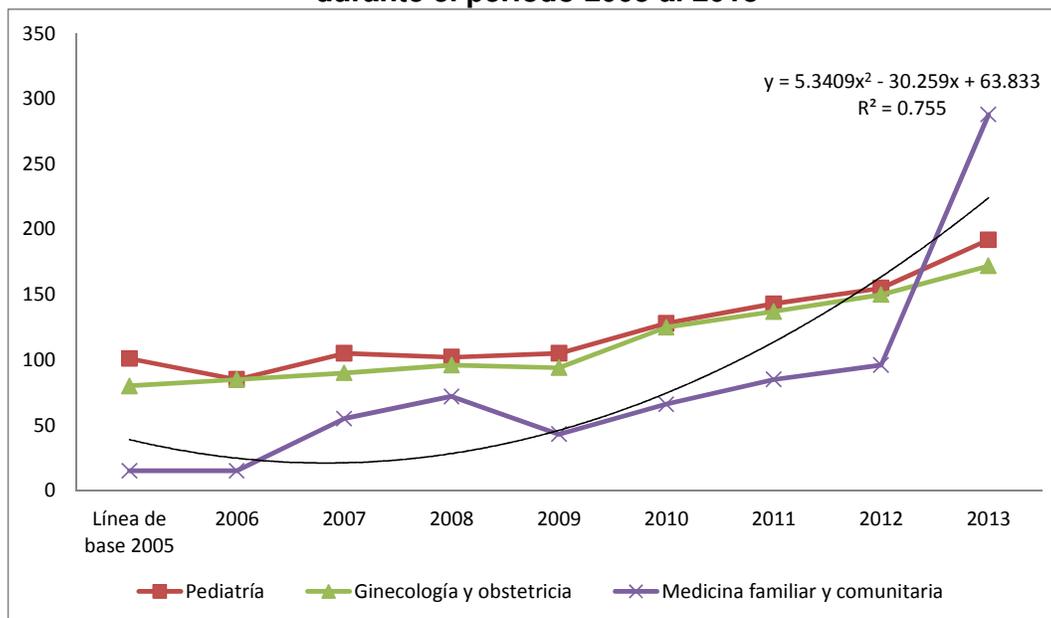
Total de plazas 975 941 1024 1165 1055 1371 1497 1699 2592 166%

Porc. especialidades prioritizadas 81.85% 81.19% 85.84% 82.75% 85.88% 87.45% 88.04% 84.70% 79.59%

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. (a) Se ha tomado como referencia las especialidades y subespecialidades prioritizadas en el año 2009.

Las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, tuvieron un incremento en la oferta de plazas de 1820% (de 15 a 288 plazas), 115% (de 80 a 172 plazas) y 90% (de 101 a 192 plazas), respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 11.

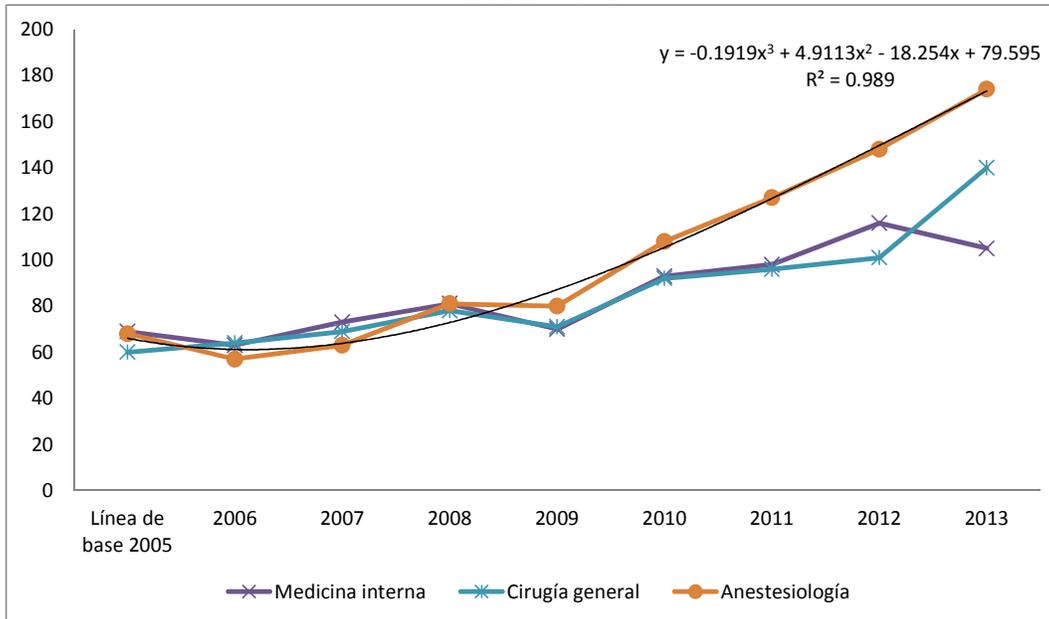
**Gráfico 11. Oferta de plazas de residentado médico de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología y Obstetricia y línea de tendencia\*, durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de Medicina familiar y comunitaria (línea de tendencia polinómica de segundo orden).

Las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General y Anestesiología, tuvieron un incremento en la oferta de plazas de 52% (de 69 a 105 plazas), 133% (de 60 a 140 plazas) y 156% (de 68 a 174 plazas), respectivamente, tal como se muestra en el gráfico 12.

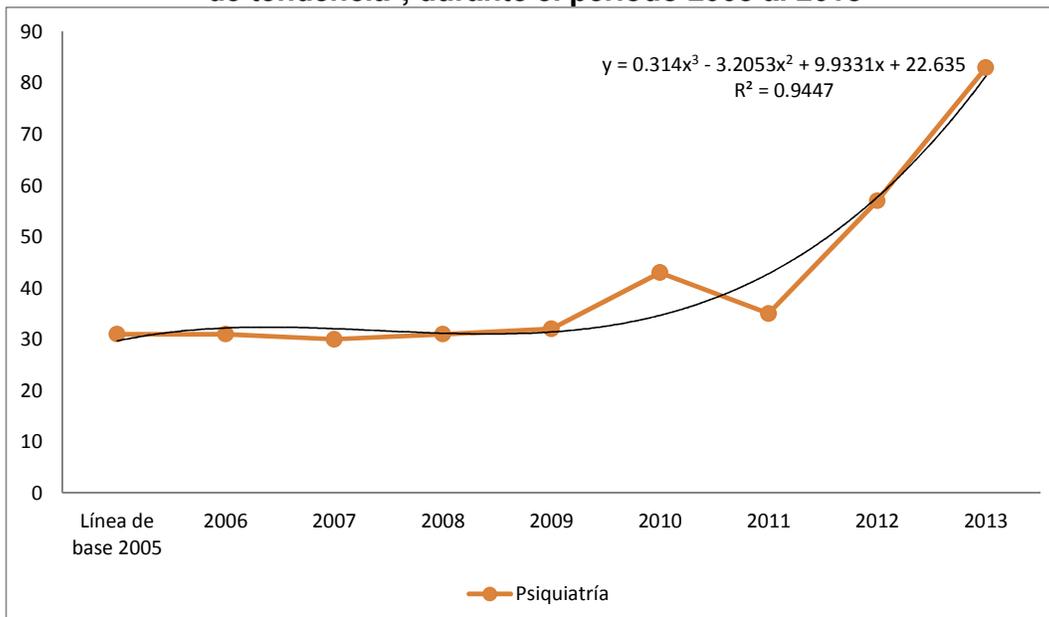
**Gráfico 12. Oferta de plazas de residentado médico de Medicina interna Cirugía general y Anestesiología y línea de tendencia\*, durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de Anestesiología (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

La especialidad de Psiquiatría tuvo un incremento en la oferta de plazas de 168% (de 31 a 83 plazas), tal como se muestra en el gráfico 13.

**Gráfico 13. Oferta de plazas de residentado médico de Psiquiatría y línea de tendencia\*, durante el periodo 2005 al 2013**



Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. \*Plazas de Psiquiatría (línea de tendencia polinómica de tercer orden).

## **i. Estimación de cierre de brecha de médicos especialistas**

Para estimar el cierre de brechas de médicos especialistas, se propone lo siguiente: si la demanda de médicos especialistas permanece igual que en el año 2010, según datos de oferta y demanda de médicos especialistas, y si la oferta de médicos especialistas se incrementa con los que egresan al tercer año de cumplido el residentado médico, según datos de plazas vacantes de residentado médico, entonces el cierre de brecha podría calcularse hasta estimar en qué año podría alcanzarse el número de especialistas para satisfacer dicha demanda.<sup>1</sup>

Según esta metodología, se estima que hay demanda de médicos especialistas que no podrían cerrar su brecha al término del año 2016: Ginecología y Obstetricia, Cirugía general, Medicina interna, Oftalmología, Cardiología, Ortopedia y traumatología, Gastroenterología y Patología clínica. El resto de la demanda de médicos especialistas se iría satisfaciendo entre el año 2012 al 2016 (según las condiciones descritas previamente), tal como se observa en la tabla 8.

---

<sup>1</sup> Para determinar la oferta y demanda de médicos especialistas se ha tomado los datos de la publicación “Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud”, en la que considera solamente la oferta y demanda para el MINSA y los Gobiernos Regionales. Para estimar el cierre de brecha de médicos especialistas, se toma el supuesto que si todos los que ocupan una plaza vacante de residentado médico a partir del año 2007, indistintamente de la institución financiadora, al término del tercer año de residentado médico se incorporan a la oferta de médicos especialistas existentes al año 2010, para luego comparar si se llega a satisfacer la demanda del mismo año. Este ejercicio se repite hasta el año en que la brecha se hace positiva y sólo hasta el año (2016) en que egresarían los médicos especialistas que ocuparon una plaza vacante en el último año del periodo (2013).

**Tabla 8. Estimación de cierre de brechas de médicos especialistas**

Especialidades	Oferta 2010*	Demanda 2010 por UPS**	Demanda 2010 por perfil***	Brecha UPS/Perfil 2010****	Reducción de brecha al 2010	Reducción de brecha al 2011	Reducción de brecha al 2012	Reducción de brecha al 2013	Reducción de brecha al 2014	Reducción de brecha al 2015	Reducción de brecha al 2016
Ginecología y obstetricia	770	1660	2012	-1242	-1152	-1056	-962	-837	-700	-550	-378
Cirugía general	650	990	1397	-747	-678	-600	-529	-437	-341	-240	-100
Medicina interna	512	822	1207	-695	-622	-541	-471	-378	-280	-164	-59
Pediatría	911	1634	1558	-723	-618	-516	-411	-283	-140	15	207
Oftalmología	178	122	562	-384	-351	-310	-266	-219	-164	-116	-40
Cardiología	124	120	501	-377	-349	-319	-292	-263	-226	-189	-133
Ortopedia y traumatología	254	533	627	-373	-335	-298	-257	-203	-146	-89	-10
Gastroenterología	107	120	449	-342	-318	-289	-267	-237	-199	-166	-112
Patología clínica	77	307	351	-274	-249	-223	-200	-166	-137	-112	-65
Psiquiatría	202	122	431	-229	-199	-168	-136	-93	-58	-1	82
Neurología	67	120	254	-187	-165	-144	-118	-86	-61	-29	18
Endocrinología	59	90	173	-114	-104	-96	-83	-62	-43	-22	6
Medicina física y de rehabilitación	77	120	169	-92	-74	-55	-34	-9	21	44	90
Medicina intensiva	112	301	187	-189	-163	-135	-108	-76	-41	10	70
Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	52	90	115	-63	-55	-44	-34	-21	-10	8	33
Neumología	121	120	181	-60	-44	-24	-8	15	39	66	111
Urología	79	122	108	-43	-25	-6	14	40	65	89	130
Neurocirugía	92	90	94	-2	10	20	33	48	67	91	128
Geriatría	18	90	0	-72	-52	-35	-19	5	28	50	92
Gestión y administración en salud	22	134	0	-112	-96	-83	-75	-50	-28	-13	7
Medicina familiar y comunitaria	53	671	0	-618	-563	-491	-448	-382	-297	-201	87
Neonatología	121	300	57	-179	-157	-132	-104	-71	-32	12	71
Radiología	146	310	80	-164	-127	-81	-43	13	80	146	228
Medicina de emergencias y desastres	96	150	25	-54	-33	-10	8	33	75	124	189

Anestesiología	442	792	0	-350	-287	-206	-126	-18	109	257	431
Especialidades priorizadas	5342	9930	10538	-5196	-4317	-3353	-2447	-1248	70	1509	3572

\*Oferta de médicos especialistas, \*\*demanda de médicos especialistas por UPS, \*\*\*demanda de médicos especialistas por perfil epidemiológico y demográfico, en todos los casos para el año 2010 y sólo considerando establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales (Fuente: MINSA, 2010). En color amarillo: año en que se cerraría la brecha entre oferta y demanda de médicos especialistas según la metodología descrita.

## 5. DISCUSION DE RESULTADOS HALLADOS

El presente informe se ha elaborado en el contexto de las “Prioridades nacionales de investigación en salud para el periodo 2010–2014”, aprobado por Resolución ministerial N° 220-2010/MINSA, el cual incluye como primera prioridad las investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos (36), y la “Agenda Nacional de Investigación para conocer los problemas de los recursos humanos en salud, para el periodo 2011–2014”, aprobado por Resolución ministerial N° 212-2011/MINSA, el cual incluye tres componentes relacionados con el objeto de estudio: Necesidades de las regiones en la formación de recursos humanos en salud en estudios de postgrado y especialización según niveles de atención, Determinación de brechas de recursos humanos por niveles de atención para el aseguramiento en salud, e Identificación y análisis las políticas/normas nacionales de recursos humanos que deben actualizarse al nuevo contexto regional (37). En función a ello, los resultados son presentados en el acápite precedente, pero se evidencia que aún con la adopción de las recomendaciones de la OPS y los acuerdos internacionales destinados a mejorar las políticas y mecanismos de planificación y gestión de los recursos humanos, y de las políticas nacionales de recursos humanos en salud, a través de la emisión de normas legales e implementación de acuerdos y acciones por la CONAREME y las instituciones que la conforman, los esfuerzos son insuficientes para mejorar la cantidad y calidad de recursos humanos en salud y el cierre de brechas entre la oferta y la demanda de médicos especialistas, principalmente en términos de una distribución equitativa y que responda a las necesidades de salud de la población.

Los resultados de la implementación de las políticas sobre la formación de médicos especialistas en el Perú, promovidas por el Ministerio de Salud y la CONAREME, muestran que existe un incremento progresivo de la oferta de plazas de residentado médico, principalmente a partir del año 2010, lo cual coincide con la culminación del proceso de transferencia de funciones en salud a los Gobiernos Regionales y a su vez la participación de éstos como financiadores de plazas de residentado médico, el incremento de Facultades de Medicina (principalmente de Universidades privadas) y el incremento de sedes de salud docente (principalmente pertenecientes a los Gobiernos Regionales), pero aún insuficiente para la demanda de médicos especialistas para el sistema de salud.

En el Perú, así como en Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México, Paraguay, Republica Dominicana, Uruguay y El Salvador la institución rectora del Sistema Nacional de Residentado Médico es el Ministerio de Salud; en Bolivia es el Ministerio de Salud y la Universidad, en Honduras y Costa Rica es el Ministerio de Salud, la Seguridad Social y la Universidad, y en Colombia es el Ministerio de Educación. En el mismo sentido, así como la CONAREME en el Perú, todos los países de la América Latina tienen una entidad que realiza las funciones de regulación y orientación sobre los sistemas de residentado médico, con carácter nacional y en algunos casos regional y local.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> En Argentina es el Consejo Federal de Salud, en Brasil la Comisión Nacional de Residencias Médicas, en Chile la Comisión Nacional Docente Asistencial, en Cuba la Comisión Plan Formación Especialistas, en México la Secretaría de Salud, en Paraguay la Comisión Nacional de Residencias Médicas y la Dirección Estratégica de Recursos Humanos en Salud, en la

Las instituciones que regulan el funcionamiento de los sistemas de residentado médico en América Latina establecen las normas y criterios de priorización para la oferta de plazas de residentado médico y los mecanismos para la selección de los candidatos. En el Perú, la CONAREME establece la oferta de plazas por cada Institución financiadora, Universidad y Sede de salud docente, y la selección de los candidatos se realiza mediante examen escrito a nivel nacional, considerando algunos criterios como el orden de mérito en pregrado y el puntaje obtenido durante el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud. De manera similar sucede en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay donde se realizan concursos nacionales o locales, exámenes de selección por oposición, entrevista personal, y/o análisis de antecedentes académicos; mientras que en Cuba la Universidad realiza una prueba escrita, analiza el curriculum vitae y realiza una entrevista, a nivel nacional; y en Colombia cada Universidad-Sede de salud docente determina el mecanismo de selección de los candidatos. En Bolivia, Honduras, Costa Rica, México, República Dominicana, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay tienen un examen nacional obligatorio para el ingreso a la residencia médica, mientras que en Argentina, Brasil, Cuba, Colombia y El Salvador el examen no es obligatorio (38).

En el Perú, el mayor financiador de plazas de residentado médico en el inicio del periodo (2005) fue el Ministerio de Salud, mientras que al final (2013) fue el tercer financiador, detrás de los Gobiernos Regionales y la Seguridad Social (EsSalud). En América Latina, según el estudio sobre residencias médicas en América Latina, en el año 2010, se observó que el financiamiento de plazas por parte del Sector Público (Ministerio de Salud) fue mayor en países como Argentina, Bolivia, Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, que otro tipo de financiadores como la Seguridad Social, las Sanidades Policiales y Militares; sólo en México el mayor financiador de las plazas fue la Seguridad Social. En el Perú, debido a los cambios en el contexto político y económico, principalmente por el crecimiento económico y una mayor inversión privada, la política de descentralización y la transferencia de funciones en salud a los Gobiernos Regionales, aparecieron los Gobiernos Regionales como nuevas instituciones financiadoras a partir del año 2010, y debido a un crecimiento del mercado laboral y una mayor recaudación por contribuciones a la Seguridad Social permitió que, en forma progresiva y hasta llegar al año 2013, EsSalud incrementara sus plazas casi tres veces más que el año anterior; además de una mayor participación de las entidades privadas como instituciones financiadoras en Lima y en algunos departamentos del país (38).

Como se observa, en estos países hay prioridad del sector público por el financiamiento del residentado médico, lo cual implica la responsabilidad por parte del Estado para encarar el proceso formador, cubrir los costos de los

---

República Dominicana el Consejo Nacional de Residencias Médicas, en Uruguay el Ministerio de Salud y la Facultad de Medicina Universidad de la República, en El Salvador el Comité Académico Ministerial, en Bolivia el Comité Nacional de Integración Docente-Asistencial e Investigación, en Honduras la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, en Costa Rica la universidad, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Consejo Nacional de Rectores y el Centro de Desarrollo Estratégico en Salud, y en Colombia la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.

salarios de los residentes y docentes, evaluar la capacidad técnico-pedagógica de los especialistas que acompañan el aprendizaje y la potencial capacidad para direccionar las políticas de formación en salud y orientar el desarrollo de las competencias profesionales. Además, en estos países, la mayor parte de las sedes de salud docente de tipo hospitalaria provienen del sector público, es decir, de los Ministerios de Salud, seguido del sector privado, la Seguridad Social y las Fuerzas Armadas, aunque se carece de información en algunos países para precisar el orden en éstos últimos (38).

En el Perú, la especialidad de Medicina familiar y comunitaria tuvo el mayor incremento de plazas durante el periodo 2005 al 2013 (1820%) con respecto al resto de especialidades priorizadas, y representó para el año 2013 el 14% del total de plazas de especialidades priorizadas y el 11% del total de plazas. En América Latina, según el estudio sobre residencias médicas en América Latina, en el año 2010, se observó que la especialidad de Medicina Familiar en Cuba representó el 69%, Bolivia el 24%, México el 18%, Uruguay el 16%, Paraguay el 14%, Republica Dominicana el 12%, Argentina el 10%, El Salvador el 9%, Chile el 6%, Perú el 5%, Brasil el 4%, Costa Rica el 3% y Colombia el 2%, del total de plazas, respectivamente (38).

## 6. CONCLUSIONES

- En general, ha habido un incremento de la oferta de plazas de residentado médico, con una variación porcentual acumulada de 165%, con 1617 plazas más para el año 2013 (2592 plazas) con respecto al año 2005 (975 plazas).
- La modalidad de plaza cautiva fue la que más ha incrementado, con una variación porcentual acumulada de 889%, con 667 plazas más para el año 2013 (742 plazas) con respecto al años 2005 (75 plazas). La modalidad de plaza libre tuvo una oferta en incremento (176%); mientras que la modalidad de plaza por destaque y por beca tuvieron una oferta en decremento (-64% y -77%, respectivamente).
- La modalidad de plazas por retorno de la inversión (principalmente plazas cautivas) tuvo una variación porcentual durante el periodo 2005 al 2013 menor que la modalidad de plazas de no retorno de la inversión (principalmente plazas libres), con 171% y 156%, respectivamente.
- Los Gobiernos Regionales, luego del proceso de transferencia de funciones en salud, se constituyen como importantes financiadores de las plazas de residentado médico, reflejándose en que a partir del año 2010 la oferta de plazas ha tenido un incremento mayor y constante (466, 499, 605 y 764 plazas, durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente).
- El Ministerio de Salud y EsSalud, luego de una disminución de la oferta de plazas en el año 2009 y 2010 y el año 2010, respectivamente, ambos han financiado una mayor oferta de plazas y con un incremento constante (excepto EsSalud en el año 2012, pero con un incremento tres veces más plazas en el siguiente año).
- La plaza de procedencia descentralizada tuvo una variación porcentual acumulada (278%) mayor que la plaza de procedencia centralizada (128%). EsSalud es la entidad que tuvo la mayor variación porcentual acumulada de plazas de procedencia descentralizada (329%), mientras que a partir del año 2010, los Gobiernos Regionales son las entidades

que tuvieron mayor oferta de plazas de procedencia descentralizada (156, 200, 312 y 463 plazas durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente).

- Para el 2013, 15 de 24 Departamentos (excepto Lima) fueron lugar de sedes de salud de salud docentes donde se forman médicos especialistas. En Amazonas, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín, Tumbes y Ucayali, y Lima provincias, no se han ofertado plazas de residentado médico, sea por deficit de instituciones financiadoras, instituciones formadoras o sedes de salud docente.
- En la priorización de especialidades, durante el periodo 2005 al 2013, se observó una mayor variación porcentual para las especialidades no priorizadas (199%) con respecto a las especialidades priorizadas (159%); la diferencia entre la oferta de plazas vacantes de especialidades en el año 2005 y el 2013 no tuvo una variación importante (menor al 2%).
- Las especialidades que tuvieron mayor incremento en la oferta de plazas vacantes fue Medicina familiar y comunitaria, Medicina de emergencias y desastres, Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales, Neurocirugía y Geriátrica, con 1820%, 282%, 257%, 236% y 200%, respectivamente.
- Las especialidades que tuvieron mayor oferta de plazas vacantes en el año 2013 fue Medicina familiar y comunitaria, Pediatría, Anestesiología, Ginecología y obstetricia, Cirugía General y Medicina interna, con 288, 192, 174, 172, 140 y 105 plazas, respectivamente.
- Según la metodología propuesta, en condiciones *ceteris paribus* en la oferta y demanda de médicos especialistas y siguiendo la evolución y supuestos de la oferta de plazas vacantes de residentado médico (descrito previamente), 9 de las 25 especialidades y subespecialidades priorizadas no podrían cerrar la brecha al termino del año 2016 (Ginecología y Obstetricia, Cirugía general, Medicina interna, Oftalmología, Cardiología, Ortopedia y traumatología, Gastroenterología y Patología clínica).

## 7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda incrementar la oferta de plazas de residentado médico en las especialidades priorizadas, principalmente la formación de médicos especialistas en Medicina familiar y comunitaria, Pediatría y Ginecología y obstetricia, ya que son las que se requieren en los establecimientos de salud del primer nivel de atención para responder con un mayor nivel de complejidad y una mejor capacidad de oferta. Asimismo, en otras especialidades priorizadas como Cirugía general, Anestesiología, Medicina interna y Psiquiatría, entre otras.
- Se recomienda que se promueva que los Gobiernos Regionales realicen una mayor inversión para financiar plazas de residentado médico, así como fomentar la participación de entidades privadas como instituciones financiadoras, principalmente fuera de la provincia de Lima.
- Se recomienda incrementar la oferta de plazas con retorno de la inversión, es decir, principalmente plazas cautivas, ya que se incentiva que los médicos nombrados fuera de la provincia de Lima, realicen su formación de especialistas en establecimientos de salud del propio

MINSA, Gobierno Regional, EsSalud y/o Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y luego retornen a su puesto de trabajo en sus establecimientos de salud de origen y se queden trabajando durante un tiempo mínimo de 3 años.

- Se recomienda que se incremente la oferta de plazas de residentado médico de procedencia descentralizada, principalmente en Lima provincias y los 24 departamentos del país, mediante el trabajo articulado entre las instituciones financiadoras, las formadoras y las sedes de salud docente para aprovechar la capacidad instalada o invertir en la creación, ampliación, mejora y/o recuperación de la capacidad instalada en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Para este propósito, EsSalud podría invertir más en la formación de médicos especialistas con sedes de salud docente en Lima provincias y los 13 departamentos donde aún no desarrolla programa de residentado médico; y los Gobiernos Regionales de Amazonas, Huancavelica, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, San Martín, Tumbes y Ucayali, y Lima provincias podrían desarrollar programas de residentado médico.
- Se recomienda que los Gobiernos Regionales prioricen el financiamiento de las plazas de residentado médico hacia sus propios ámbitos geográficos, en forma progresiva a medida que mejoran su capacidad para desarrollar programas de residentado médico, trabajando en forma coordinada con las Universidades con Facultades de Medicina y los Hospitales. Esta medida podría contribuir a una mejor distribución de los médicos especialistas y que los que se formen en los mismos departamentos tengan mayor probabilidad de trabajar en ellos.
- Se recomienda seguir estableciendo especialidades priorizadas, así como la desagregación de la priorización por ámbitos geográficos, principalmente para incrementar las plazas de especialidades como Medicina familiar y comunitaria, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, que son especialidades necesarias para el primer nivel de atención y la atención primaria en salud. Además, según señala la Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” (RM N° 546-2011/MINSA), los establecimientos de salud de categoría I-4, con población asignada, deben contar con Médicos especialistas en Medicina familiar y comunitaria, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, y sólo excepcionalmente de no contar con estos especialistas pueden contar con médicos capacitados en estas materias, y además señala que no es criterio mínimo para categorizar el no contar con médico especialista en Medicina familiar y comunitaria durante un periodo de 3 años de aprobada la norma (es decir, hasta el 2014), pero luego de este periodo deben tenerlo. Por ello, es necesario que se priorice estas especialidades, además de otras donde exista demanda no satisfecha (Cirugía general, Anestesiología, Psiquiatría, etc.), principalmente en el resto de departamentos del país.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Murray C, Frenk J. Sistema de salud: Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos N° 3. 2000.
2. Londoño J, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Health Policy. 1997.
3. Lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Resolución ministerial N° 1007-2005/MINSA.
4. Creación del Sistema Nacional de Residentado Médico. Decreto supremo N° 055-75-SA. 1975.
5. Normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico. Decreto supremo N° 008-88-SA. 1988.
6. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud: Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano. Observatorio Nacional de recursos humanos – Instituto de Recursos Humanos - Ministerio de Salud. Serie bibliográfica de recursos humanos en salud N° 1. 2005.
7. Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud: estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos en el campo de los recursos humanos en salud. Dirección general de políticas, regulación y gestión del desarrollo de los recursos humanos – IDREH - Ministerio de Salud. Serie bibliográfica de recursos humanos en salud N° 2. 2005.
8. El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. Observatorio Nacional de recursos humanos - Ministerio de Salud. Serie de recursos humanos en salud N° 5. 2006.
9. Estudio sobre los recursos humanos en salud en Perú: gestión, distribución, normatividad, regulación, condiciones laborales y salariales y formación. Grupo de análisis para el desarrollo (GRADE). 2006.
10. Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú 2005-2011. Colegio Médico del Perú. Primera edición. Lima - Perú. 2007.
11. Perú: Línea basal de metas RHUS 2007-2015. Observatorio Nacional de recursos humanos - Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos - Ministerio de Salud. 2009.
12. Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos – Ministerio de Salud. Serie de recursos bibliográficos de recursos humanos en salud N° 12. 2010.
13. Constitución política del Perú. 1993.
14. Ley de promoción de las inversiones privadas en obras públicas de infraestructura y de servicios públicos. Decreto legislativo N° 839. 1996.
15. Ley de promoción de la inversión en la educación. Decreto legislativo N° 882. 1996.
16. Reglamentos de los centros y programas educativos privados. Decreto supremo N° 001-96-ED. 1996.
17. Formación y regulación de los recursos humanos en salud. Observatorio Nacional de recursos humanos - Ministerio de Salud. Serie bibliográfica de recursos humanos en salud N 4. 2005.
18. II Censo Nacional Universitario 2010. INEI. 2011.
19. Ley Universitaria. Ley 23733. 1983.

20. Ley que deroga la ley 27504 y restituye el tercer párrafo del artículo 5 de la Ley Universitaria ley 28564. 2005
21. Ley de creación del consejo nacional para la autorización de funcionamiento de universidades. Ley 26439. 1995.
22. Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico. Resolución suprema N° 002-2006-SA. 2006.
23. Modifican el reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico. Resolución suprema N° 013-2008-SA. 2008.
24. Estándares mínimos institucionales para la acreditación de programas de segunda especialización en medicina humana. Acuerdo N° 166.2004-CONAREME. 2004.
25. Normas y procedimientos de autorización de programas de segunda especialización en medicina. Aprobado en sesión de CONAREME del 28 de Octubre del año 2009.
26. Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud. 1997.
27. Reglamento de la Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud. Resolución suprema N° 013-2010-SA. 2010.
28. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto 2006 – 2015: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Reunión regional de los Observatorios de recursos humanos en salud. 2005.
29. Plan Nacional Concertado de Salud. Resolución ministerial N° 589-2007/MINSA. 2007.
30. Establecen especialidades y subespecialidades prioritarias para la formación de especialistas en medicina humana que se utilizaran en la oferta de plazas de modalidades libre y destaque para los procesos de admisión al Sistema Nacional de Residentado Médico. Resolución ministerial N° 167-2009/MINSA. 2009.
31. Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014. Resolución ministerial N° 184-2011/MINSA. 2011.
32. Establecen criterios para la oferta de plazas en el Sistema Nacional de Residentado Médico. Resolución ministerial N° 385-2010/MINSA. 2010.
33. Programa nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los recursos humanos para el Aseguramiento Universal – PROSALUD. Decreto supremo N° 003-2011-SA. 2011.
34. Modificación de las Normas básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico. Decreto supremo N° 010-2011-SA. 2011.
35. Establecen como prioridades las especialidades y subespecialidades para la formación de médicos especialistas en medicina humana a ser consideradas en la oferta de plazas en los procesos de admisión al Sistema Nacional de Residentado Médico. Resolución ministerial N° 286-2012/MINSA. 2012.
36. Prioridades nacionales de investigación en salud para el periodo 2010 - 2014. Resolución ministerial N° 220-2010/MINSA. 2010.
37. Agenda Nacional de Investigación para conocer los problemas de los recursos humanos en salud, para el periodo 2011 – 2014. Resolución ministerial N° 212-2011/MINSA. 2011.
38. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina. Serie N° 5 La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 2011.

## 9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. Residentado medico: programa de segunda especialización en medicina humana dentro del Sistema Nacional de residentado médico.
2. Recursos humanos en salud: personas que en el Sistema de Salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud. No son recursos, sino que tienen recursos: conocimientos, habilidades y actitudes, para desarrollar sus acciones.
3. Política de recursos humanos en salud: marco doctrinario de acción que se acompaña de estrategias de implementación, objetivos y metas, para resolver la tensión existente entre las demandas de la población de ejercer el derecho a la salud y las demandas del personal de salud y los objetivos del Sistema de Salud.
4. Línea de tendencia de las plazas vacantes de residentado medico: línea recta que representa el patrón de comportamiento de la oferta de plazas vacantes de residentado medico durante el periodo 2006 -2010.
5. Plaza vacante de residentado medico: plaza para formación de segunda especialización en medicina humana ofertada por el Sistema Nacional de residentado médico que se encuentra prevista en el presupuesto de la Entidad prestadora (Ministerio de Salud, Regiones de Salud, Seguro Social, las Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú y las entidades privadas) y Entidad formadora (Unidades, Secciones o Escuelas de Post Grado de las Facultades de Medicina Humana que son integrantes del Sistema Nacional de Residentado Médico) (18, 19).
6. Modalidad de inversión: clasificación de la plaza vacante de residentado médico que se diferencia por la obligatoriedad en el retorno, o no, a la entidad de origen luego de culminado el residentado médico.
  - Plaza vacante de retorno: plaza vacante de residentado medico el cual constituye obligación de retornar a la entidad de origen al culminar el residentado medico: plaza vacante por destaque, plaza cautiva del MINSA y Gobiernos Regionales, y plaza cautiva de Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú
    - Plaza Vacante por destaque: plaza vacante a la que postula un médico con vínculo laboral público o privado quien debe cumplir con requisitos exigidos por la Institución: MINSA, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y los Gobiernos Regionales, y otras.
    - Plaza Vacante cautiva de MINSA, EsSalud y Gobiernos Regionales: plaza vacante destinada exclusivamente a médicos nombrados, comprendidos en el Decreto Legislativo 276 y 728 asignada al ámbito de los Gobiernos Regionales (a través de las Direcciones Regionales de Salud o

- equivalentes) y al régimen especial de Lima metropolitana.
      - Plaza Vacante cautiva de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú: plaza vacante destinada exclusivamente a médicos asimilados y médicos civiles nombrados de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, en función de la necesidad institucional y la normatividad administrativa, y financiada por la respectiva institución.
    - Plaza vacante de no retorno: plaza vacante de residentado medico el cual no constituye obligación de retornar a la entidad de origen al culminar el residentado medico: plaza vacante libre, por beca nacional, por beca internacional.
      - Plaza Vacante libre: plaza vacante a la que accede un médico sin vínculo laboral con las Entidades prestadoras de salud pública con excepción de la docencia, y con las Entidades particulares, financiadas por la Entidad prestadora de salud.
      - Plaza Vacante modalidad beca nacional: plaza vacante financiada por una institución pública o privada, que es adjudicada en estricto orden de mérito entre los postulantes a vacante libre.
      - Plaza Vacante modalidad beca internacional: plaza vacante destinada exclusivamente a médicos extranjeros, quienes al concluir su especialización retornaran a su país de origen.
7. Priorización de la especialidad: plazas vacantes de residentado medico priorizadas por especialidad y subespecialidad según normatividad, que incluye todas las modalidades de inversión a excepción de la plaza vacante por beca internacional.
- Plaza vacante de Especialidades médicas priorizadas: Las especialidades priorizadas son las siguientes: medicina familiar y comunitaria, ginecología y obstetricia, pediatria, anestesiología, medicina interna, cirugía general, patología clínica, neonatología, ortopedia y traumatología, medicina de emergencias y desastres, radiología, medicina intensiva, psiquiatria, gestión y administración en salud, medicina física y rehabilitación, cardiología, gastroenterología, neumología, neurología, neurocirugía, oftalmología, geriatría, enfermedades infecciosas y tropicales, urología, endocrinología.
  - Plaza vacante de Especialidades no priorizadas: todas las demás plazas vacantes no consideradas como especialidades prioritarias según RM N 167-2009/MINSA.
8. Procedencia de la oferta de la plaza: ubicación geográfica donde se desarrolla el residentado medico en función a la ubicación de la Sede de salud docente – Institución formadora que oferta plaza de vacante de residentado médico.

- Plazas vacantes de residentado medico con oferta centralizada: residentado médico que se desarrolla en la provincia de Lima.
  - Plazas vacantes de residentado medico con oferta descentralizada: residentado médico que se desarrolla fuera de la provincia de Lima.
9. Institución financiadora: Entidad pública o privada que tiene el presupuesto financiero que permite ofertar la plaza vacante de residentado medico
  10. Sede de salud docente: Establecimiento de Salud o Institución donde se desarrolla físicamente el residentado medico
  11. Institución formadora: Universidad que, a través de sus Facultades de Medicina, Escuelas, Secciones o Unidades de Postgrado, que brida la formación del médico residente para su especialización o subespecialización.

## 10. ANEXOS

**Tabla 1. Oferta de plazas de residentado por procedencia e institución financiadora, durante el periodo 2005 al 2013**

Procedencia e institución financiadora de la plaza		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Plaza de procedencia Centralizada	Ministerio de Salud	446	398	419	467	412	300	299	423	606
	EsSalud	137	130	161	204	137	178	233	145	459
	Gob. Regionales						310	299	293	293
	Sanidades FFAA	68	92	97	117	117	109	104	108	172
	Sanidad PNP	70	80	80	53	95	120	121	122	69
	Ent. Privadas y otros	9	4	4	6	9	13	12	28	53
Sub total Plaza centralizada		730	704	761	847	770	1030	1068	1119	1652
Plaza de procedencia Descentralizada	MINSA	149	150	152	150	172	47	44	59	72
	EsSalud	91	87	111	168	113	137	183	207	391
	Gob. Regionales						156	200	312	471
	Ent. Privadas y otros	5	0	0	0	0	1	2	2	6
Sub total Plaza descentralizada		245	237	263	318	285	341	429	580	940
Total de plazas		975	941	1024	1165	1055	1371	1497	1699	2592

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia

**Tabla 2. Oferta de plazas por modalidad de retorno de la inversión, tipo de plaza e institución financiadora, durante el periodo 2005 al 2013**

Modalidad de la Inversión	Institución financiadora	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Retorno de inversión	MINSA	203	162	180	201	194	0	0	14	0	
	EsSalud	23	83	130	110	110	157	70	25	0	
	Plaza por Destaque	Sanidades FFAA	0	12	15	24	15	7	1	15	18
		Sanidad PNP	22	34	31	15	29	0	0	10	3
	Sub total Destaque	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros	1	1	1	1	3	0	0	1	12
			249	292	357	351	351	246	122	117	89
	Plaza Cautiva	MINSA		0	0	0	0	31	31	14	18
		EsSalud		0	0	0	0	0	188	159	191
		Sanidades FFAA	47	57	57	64	74	70	59	60	84
		Sanidad PNP	28	26	29	10	38	120	92	84	72
Gob. Regionales Ent. Privadas y otros			0	0	0	0	310	362	345	368	
Sub total Cautiva		75	83	86	74	112	531	732	664	742	
<b>Plazas Retorno inversión</b>		<b>324</b>	<b>375</b>	<b>443</b>	<b>425</b>	<b>463</b>	<b>777</b>	<b>854</b>	<b>781</b>	<b>831</b>	
Plaza Libre	MINSA	379	373	386	412	378	316	312	454	660	
	EsSalud	205	134	142	262	140	158	158	168	659	
	Sanidades FFAA	21	23	25	29	28	32	31	33	36	
	Sanidad PNP	20	20	20	28	28	0	28	28	28	
	Gob. Regionales Ent. Privadas y otros	13	3	3	3	4	10	10	25	36	
	Sub total Libre	638	553	576	734	578	587	613	915	1758	
No retorno de inversión	Plaza por Beca nacional/internacional	MINSA	13	13	5	4	12	0	0	0	0
		Sanidades FFAA		0	0	0	0	0	3	0	0
		Gob. Regionales Ent. Privadas y otros		0	0	0	0	3	3	1	1
				0	0	2	2	4	2	2	2
Sub total Beca		13	13	5	6	14	7	8	3	3	
Financ. privado	Sub total Fto. privado	Sanidades FFAA		0	0	0	0	0	10	0	0
		Sanidad PNP		0	0	0	0	0	1	0	0
		Gob. Regionales Ent. Privadas y otros		0	0	0	0	0	9	0	0
				0	0	0	0	0	2	0	0
Sub total Fto. privado		0	0	0	0	0	0	22	0	0	
<b>Plazas No retorno inversión</b>		<b>651</b>	<b>566</b>	<b>581</b>	<b>740</b>	<b>592</b>	<b>594</b>	<b>643</b>	<b>918</b>	<b>1761</b>	
Total de plazas		975	941	1024	1165	1055	1371	1497	1699	2592	

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia

**Tabla 3. Oferta de plazas por especialidades priorizadas durante el periodo 2005 al 2013**

Priorización 2007 a	Priorización 2012 a, b	Priorización de referencia 2009 a, c	Especialidades (a)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Porcentaje de variación
Pediatría	Anestesiología	Pediatría	Medicina familiar y comunitaria	15	15	55	72	43	66	85	96	288	1820%
Medicina familiar	Cardiología	Ginecología y obstetricia	Medicina de emergencias y desastres	17	23	21	23	18	25	42	49	65	282%
Ginecoobstetricia	Cirugía general	Anestesiología	Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	7	8	8	11	10	13	11	18	25	257%
Anestesiología	Endocrinología	Medicina interna	Neurocirugía	11	11	12	10	13	15	19	24	37	236%
Medicina interna	Gastroenterología	Cirugía general	Geriatría	14	11	20	17	16	24	23	22	42	200%
Cirugía general	Geriatría	Medicina familiar y comunitaria	Neonatología	22	19	22	25	28	33	39	44	59	168%
Medicina de emergencias y desastres	Gestión y administración en salud	Radiología	Psiquiatría	31	31	30	31	32	43	35	57	83	168%
Radiología	Ginecología y obstetricia	Ortopedia y traumatología	Radiología	31	37	37	46	38	56	67	66	82	165%
Neonatología	Medicina de emergencias y desastres	Oftalmología	Medicina intensiva	23	25	26	28	27	32	35	51	60	161%
Hematología clínica	Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	Neonatología	Anestesiología	68	57	63	81	80	108	127	148	174	156%
Oncología medica	Medicina familiar y comunitaria	Gastroenterología	Medicina física y de rehabilitación	18	16	18	19	21	25	30	23	46	156%
Neurología	Medicina física y de rehabilitación	Cardiología	Oftalmología	30	33	33	41	44	47	55	48	76	153%
Urología	Medicina intensiva	Medicina intensiva	Neumología	18	17	16	20	16	23	24	27	45	150%
Anatomía patológica	Medicina interna	Psiquiatría	Cirugía general	60	64	69	78	71	92	96	101	140	133%
Ortopedia y traumatología	Neonatología	Medicina de emergencias y desastres	Cardiología	24	26	28	30	27	29	37	37	56	133%

Patología clínica	Neumología	Medicina física y de rehabilitación	Endocrinología	12	10	10	8	13	21	19	21	28	133%	
Geriatría	Neurocirugía	Patología clínica	Neurología	21	24	22	21	26	32	25	32	47	124%	
Cardiología	Neurología	Neurología	Gastroenterología	25	22	24	29	22	30	38	33	54	116%	
Gastroenterología	Oftalmología	Urología	Ginecología y obstetricia	80	85	90	96	94	125	137	150	172	115%	
Otorrinolaringología	Ortopedia y traumatología	Neumología	Ortopedia y traumatología	38	36	38	37	41	54	57	57	79	108%	
Oftalmología	Patología clínica	Geriatría	Urología	20	17	18	19	20	26	25	24	41	105%	
Neumología	Pediatría	Gestión y administración en salud	Pediatría	101	85	105	102	105	128	143	155	192	90%	
Psiquiatría	Psiquiatría	Endocrinología	Patología clínica	25	22	25	26	23	34	29	25	47	88%	
	Radiología	Neurocirugía	Medicina interna	69	63	73	81	70	93	98	116	105	52%	
	Urología	Medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	Gestión y administración en salud	18	7	16	13	8	25	22	15	20	11%	
Especialidades priorizadas				798	764	879	964	906	1199	1318	1439	2063	159%	
Especialidades No priorizadas				177	177	145	201	149	172	179	260	529	199%	
Total de plazas				975	941	1024	1165	1055	1371	1497	1699	2592	166%	
Porcentaje de especialidades priorizadas				81.85%	81.19%	85.84%	82.75%	85.88%	87.45%	88.04%	84.70%	79.59%		

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia. (a) En el mismo orden en el que aparece en la norma respectiva. (b) No se incluyeron Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía oncológica abdominal, Cirugía pediátrica, Cirugía torácica y cardiovascular, Dermatología, Hematología, Medicina del deporte, Medicina intensiva pediátrica, Medicina ocupacional y del medio ambiente, Medicina oncológica, Nefrología, Otorrinolaringología, Reumatología, que eran las siguientes según el orden. (c) Se tomó como priorización de referencia el año 2009.

**Tabla 4. Oferta de plazas por especialidades prioritizadas e instituciones financiadoras, durante el periodo 2005 al 2013**

Especialidades prioritizadas	MINSA										GOBIERNOS REGIONALES										ESSALUD									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013			
Pediatría	81	68	85	77	85	42	46	53	55	0	0	0	0	0	60	64	70	84	13	9	11	16	12	16	24	22	37			
Ginecología y obstetricia	62	68	73	74	75	35	35	42	47	0	0	0	0	0	62	68	69	77	13	10	11	16	10	16	22	27	36			
Anestesiología	45	37	39	49	50	14	16	26	43	0	0	0	0	0	53	51	55	64	16	11	11	20	17	25	47	49	47			
Medicina interna	42	41	46	47	43	18	20	23	27	0	0	0	0	0	41	41	49	61	17	11	14	21	12	19	25	29				
Cirugía general	37	39	41	42	44	19	19	24	31	0	0	0	0	0	38	44	45	55	15	14	14	20	12	19	22	21	37			
Medicina familiar y comunitaria	12	11	19	28	22	22	26	29	126	0	0	0	0	0	31	33	40	125	1	2	34	42	18	12	25	27	36			
Radiología	18	18	21	24	14	8	5	9	13	0	0	0	0	0	18	23	26	23	8	11	11	16	16	19	25	18	27			
Ortopedia y traumatología	18	17	20	14	20	3	6	9	11	0	0	0	0	0	25	22	24	25	12	10	10	16	9	12	16	9	26			
Oftalmología	21	23	22	22	22	9	9	16	14	0	0	0	0	0	17	18	15	19	4	4	4	11	9	12	15	6	30			
Neonatología	16	13	15	17	22	13	9	13	10	0	0	0	0	0	14	15	24	25	6	6	7	8	6	6	14	7	24			
Gastroenterología	13	10	13	12	11	6	4	6	8	0	0	0	0	0	8	15	16	19	7	7	7	8	7	9	12	5	20			
Cardiología	10	10	10	10	9	5	3	5	8	0	0	0	0	0	7	10	10	11	7	7	8	10	9	10	15	10	27			
Medicina intensiva	7	7	7	7	11	7	8	10	13	0	0	0	0	0	10	11	16	16	10	11	11	13	5	6	8	13	21			
Psiquiatría	23	23	22	23	22	16	8	23	41	0	0	0	0	0	16	13	19	17	4	4	4	7	4	5	8	10	19			
Medicina de emergencias y desastres	5	5	4	7	8	7	8	13	13	0	0	0	0	0	5	16	8	9	5	9	10	6	3	4	7	15	30			
Medicina física y de rehabilitación	8	7	9	7	9	8	6	6	7	0	0	0	0	0	4	5	8	8	5	5	5	7	5	5	12	3	22			
Patología clínica	14	12	14	12	10	10	11	12	14	0	0	0	0	0	9	5	8	11	5	5	5	11	6	7	7	1	16			
Neurología	11	13	12	7	14	8	4	10	8	0	0	0	0	0	9	7	12	14	6	6	6	8	5	8	7	3	19			
Urología	8	7	7	7	8	7	8	8	7	0	0	0	0	0	6	6	6	10	7	6	6	9	5	7	6	5	20			
Neumología	10	7	8	8	6	8	8	9	9	0	0	0	0	0	3	6	8	11	4	4	4	4	4	4	3	3	18			
Geriatría	4	3	4	3	2	3	2	3	3	0	0	0	0	0	3	4	2	2	3	2	7	7	6	8	5	7	26			
Gestión y administración en salud	18	7	16	13	8	18	13	9	17	0	0	0	0	0	5	5	6	1	0	0	0	0	0	2	4	0	2			
Endocrinología	7	4	4	4	5	4	1	5	7	0	0	0	0	0	6	7	6	4	3	3	3	3	5	5	5	3	12			
Neurocirugía	4	4	5	4	5	1	2	5	4	0	0	0	0	0	4	3	5	8	5	5	5	6	3	4	10	9	18			
Medicina de enfermedades	7	5	4	6	7	4	5	6	8	0	0	0	0	0	6	4	6	8	0	2	2	3	2	2	1	5	8			
<b>Total de plazas de especialidades</b>	<b>501</b>	<b>459</b>	<b>520</b>	<b>524</b>	<b>532</b>	<b>295</b>	<b>282</b>	<b>374</b>	<b>544</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>460</b>	<b>496</b>	<b>553</b>	<b>707</b>	<b>176</b>	<b>164</b>	<b>210</b>	<b>288</b>	<b>190</b>	<b>242</b>	<b>345</b>	<b>307</b>	<b>578</b>			

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia

**Tabla 5. Oferta de plazas por especialidades prioritizadas e instituciones financiadoras, durante el periodo 2005 al 2013**

Especialidades prioritizadas	FFAA										PNP										ENTIDADES PRIVADAS Y OTROS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013			
Pediatría	3	4	5	6	6	4	4	4	5	4	4	4	3	2	5	4	5	5	0	0	0	0	1	1	1	6				
Ginecología y obstetricia	2	5	5	5	6	6	6	7	6	3	2	1	1	3	5	6	5	5	0	0	0	0	1	0	0	1				
Anestesiología	3	5	8	9	8	9	7	8	9	3	4	5	3	5	7	6	8	7	1	0	0	0	0	0	0	2	4			
Medicina interna	8	7	8	10	10	7	6	10	8	2	4	5	3	5	7	6	5	6	0	0	0	0	1	0	0	3				
Cirugía general	4	7	8	11	10	10	6	6	9	4	4	6	5	5	5	5	6	0	0	0	0	1	0	0	2					
Medicina familiar y comunitaria	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0				
Radiología	1	4	3	6	5	5	6	5	7	3	4	2	0	3	5	5	4	4	1	0	0	0	0	1	3	4	8			
Ortopedia y traumatología	5	6	5	7	9	9	6	8	9	3	3	3	0	3	5	6	6	5	0	0	0	0	0	1	1	3				
Oftalmología	3	2	3	3	4	1	4	2	4	1	2	2	2	3	3	4	4	3	1	2	2	3	6	5	5	6				
Neonatología	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Gastroenterología	3	3	2	6	2	4	3	2	3	2	2	2	3	2	3	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1				
Cardiología	4	6	7	7	6	4	6	8	6	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1			
Medicina intensiva	3	4	5	7	6	4	3	6	4	3	3	3	1	5	5	5	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
Psiquiatría	1	1	1	1	3	2	2	1	4	3	3	3	0	3	4	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Medicina de emergencias y desastres	3	4	2	5	3	3	4	4	5	4	5	5	5	4	6	7	7	6	0	0	0	0	0	0	0	2	2			
Medicina física y de rehabilitación	1	2	3	3	4	4	3	2	4	4	2	1	2	3	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
Patología clínica	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	1	4	4	2	2	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0			
Neurología	2	3	2	4	4	3	3	2	3	2	2	2	2	3	4	4	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Urología	3	2	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2	0	3	3	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Neumología	3	4	3	4	3	3	4	3	4	1	2	1	4	3	5	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Geriatría	3	3	4	5	5	4	5	3	5	4	3	5	2	3	6	7	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Gestión y administración en salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Endocrinología	1	2	2	1	1	3	3	4	2	1	1	1	0	2	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Neurocirugía	0	0	0	0	1	2	1	2	4	2	2	2	0	4	4	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Medicina de enfermedades	0	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
<b>Total de plazas de especialidades</b>	<b>59</b>	<b>77</b>	<b>83</b>	<b>108</b>	<b>104</b>	<b>94</b>	<b>89</b>	<b>92</b>	<b>106</b>	<b>58</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>41</b>	<b>73</b>	<b>97</b>	<b>95</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>38</b>			

Fuente: Cuadro de plazas de residentado médico 2005-2013. Elaboración propia