



Desafíos en el acceso oportuno a establecimientos de salud rurales en el Perú

Documento elaborado por Videnza Instituto y Videnza Consultores

VIDENZA



Agenda



Introducción **1**



Metodología **2**



Resultados **3**



Discusión **4**

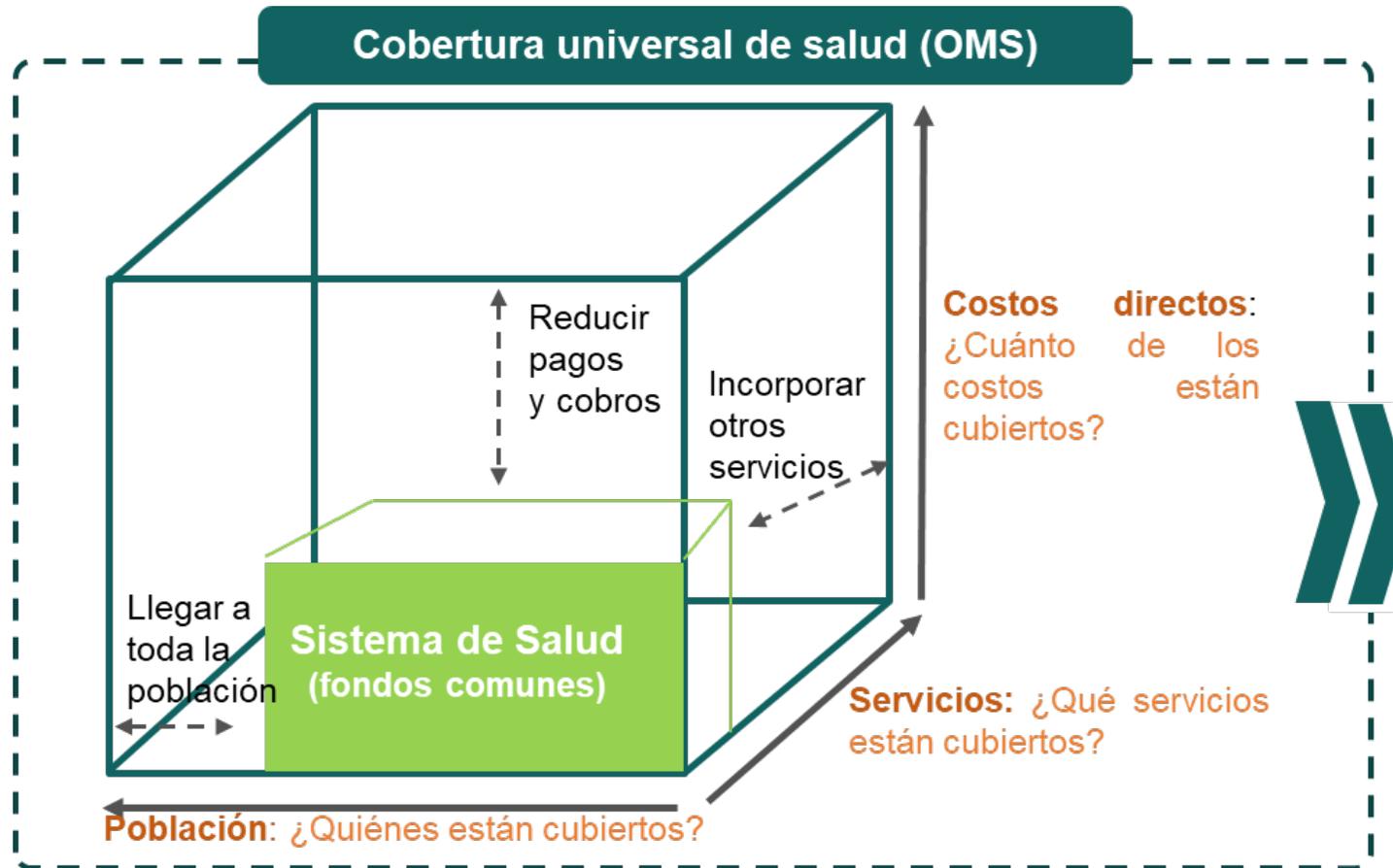


**Recomendaciones
y conclusiones** **5**

El acceso a los servicios de salud es un concepto que integra la **disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad** de los servicios de atención



El modelo de Cobertura Universal de Salud se basa en tres ejes: población, servicios y financiación. En Perú, el aseguramiento es prácticamente universal (nominalmente)



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2010 (OMS).

El acceso a los servicios de salud es un concepto que integra la **disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad** de los servicios de atención

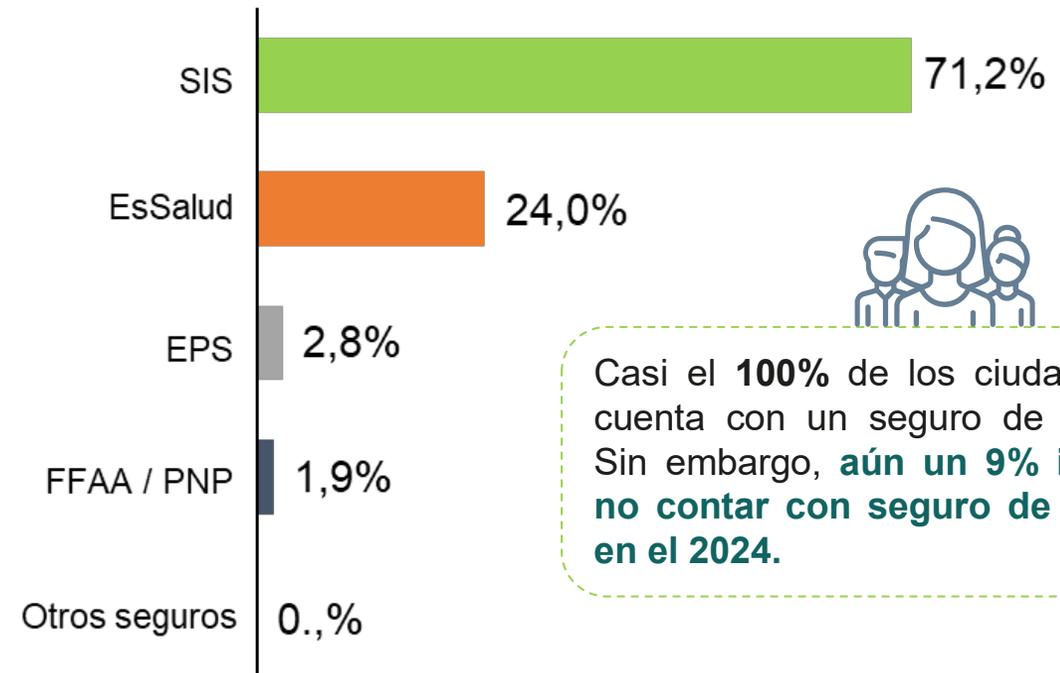


El modelo de Cobertura Universal de Salud se basa en tres ejes: población, servicios y financiación. En Perú, **el aseguramiento es prácticamente universal (nominalmente)**

El sector público asegura y debería brindar prestación a la mayoría de los ciudadanos en el Perú



Distribución de asegurados (2025)*



Casi el **100%** de los ciudadanos cuenta con un seguro de salud. Sin embargo, **aún un 9% indica no contar con seguro de salud en el 2024.**



Sin embargo, gran parte de la población aún enfrenta barreras significativas para acceder efectivamente a los servicios de salud



Por el lado de la demanda, existen barreras tanto económicas como sociales y culturales



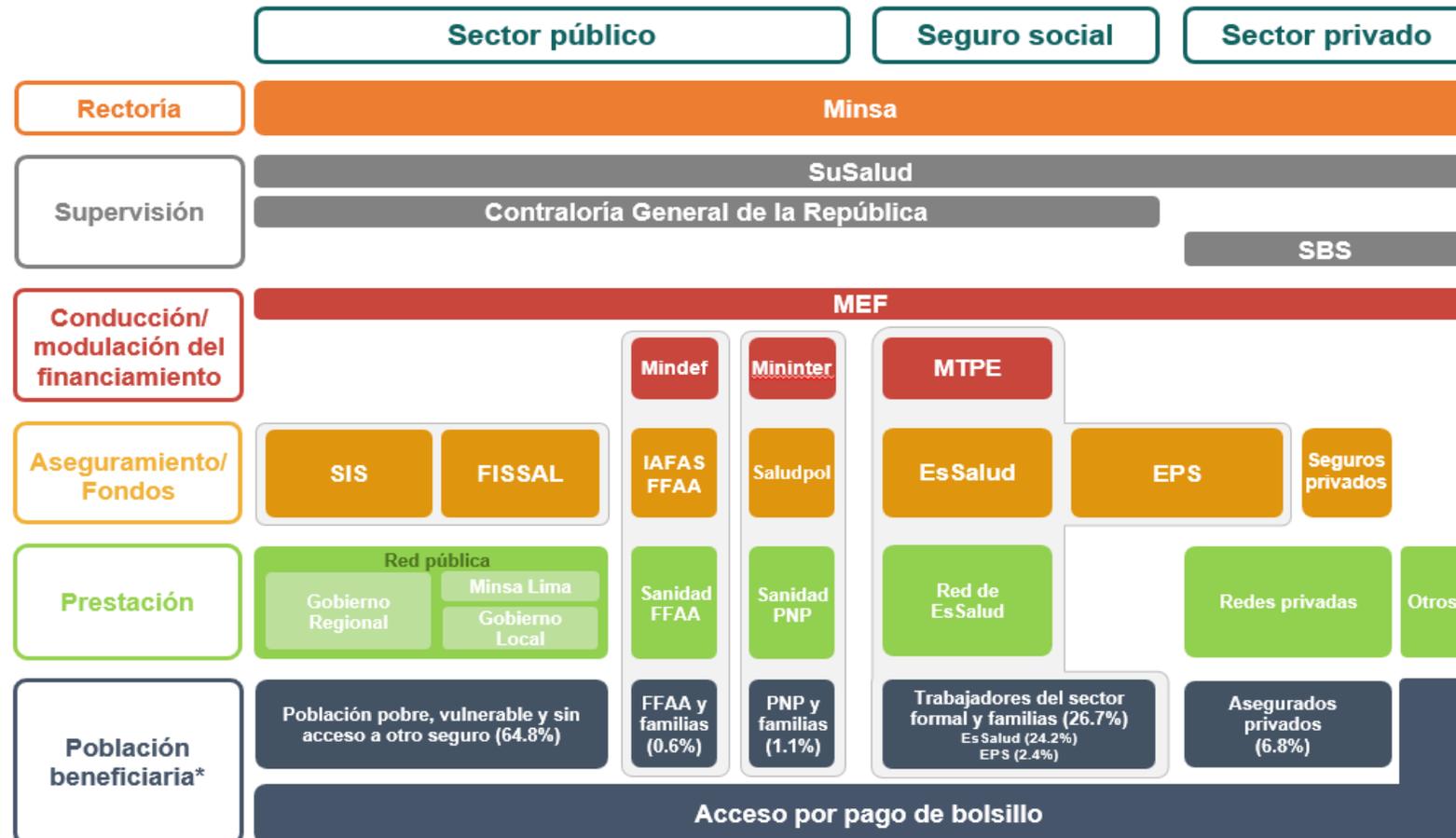
Limitaciones **educativas y culturales** que dificultan la comprensión y uso del sistema de salud, el conocimiento sobre derechos como asegurado, la disponibilidad de servicios y la identificación oportuna de síntomas.



Limitaciones **económicas**, generados por bajos ingresos y costos asociados al acceso a la atención.

Por el lado de la oferta, destacan la falta de capacidad resolutoria, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

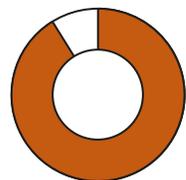
La fragmentación se refleja en la coexistencia de **varios subsectores con reglas y estructuras distintas**



Destacan la falta de capacidad resolutive, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

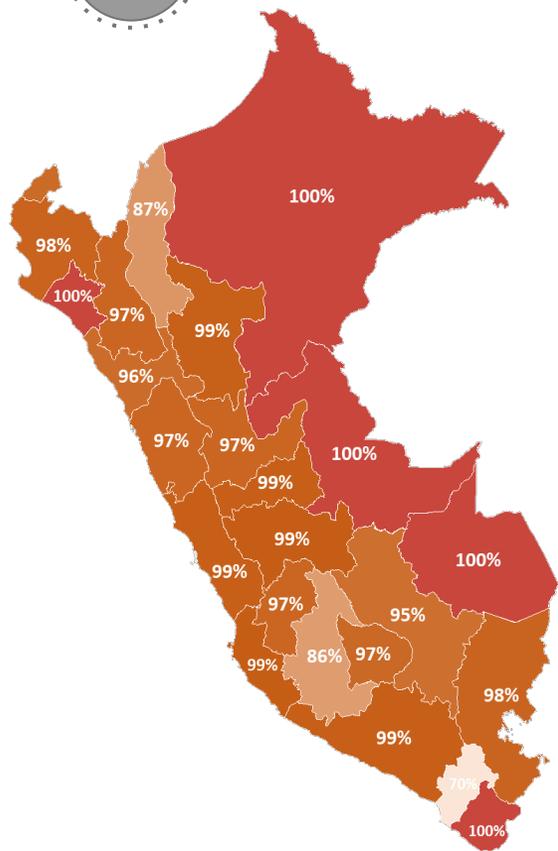


% de EESS del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada



El **96%**

de los establecimientos de primer nivel en Perú no cuentan con una capacidad instalada adecuada*



- Madre de Dios
- Loreto
- Ucayali
- San Martín
- Tacna

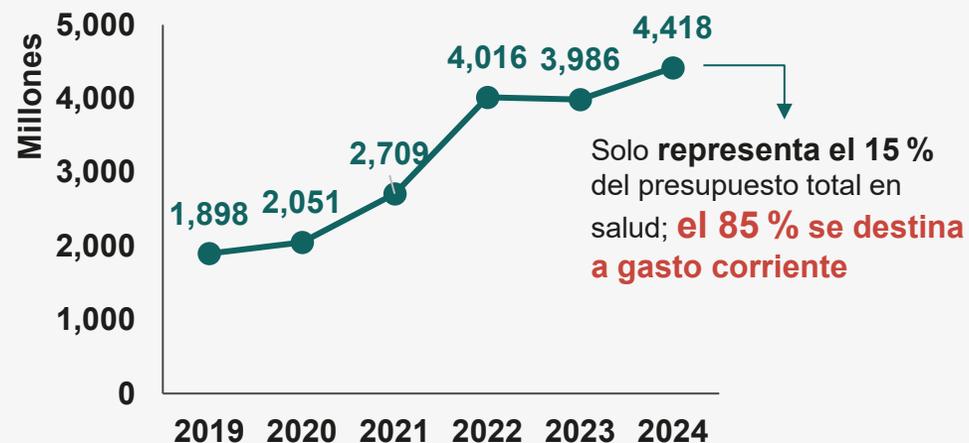
Presentan la brecha más alta (100%)

Fuente: MINSA (2023)

* Si la infraestructura y el equipamiento de los servicios trazadores no cumplen con las Normas Técnicas N° 113, 110 y 119



Inversión en salud



invertidos en salud desde 2019, equivalentes al 32 % de la brecha de largo plazo nivel OCDE

S/ 19,079 millones



15.1%

fue la tasa de crecimiento anual promedio de la inversión en salud



Destacan la falta de capacidad resolutive, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

Casi la mitad de los establecimientos de salud públicos en el Perú no cuenta con un médico – cirujano¹

Establecimientos de salud a nivel nacional

Nivel de atención	Categoría del EESS	Sector público	Sector privado
Primer	I-1	4,363 48%	5,086
	I-2	2,580	3,511
	I-3	1,734	2,384
	I-4	339	85
	Total	9,016 (97%)	11,066 (96.9%)
Segundo	II-1	138	90
	II-2	56	29
	II-E	23	234
	Total	217 (2%)	353 (3%)
Tercero	III-1	24	5
	III-2	13	1
	III-E	11	0
	Total	48 (1%)	6 (0.1%)

El **76%** de establecimientos de salud públicos en Perú **no cuenta con capacidad diagnóstica**



La falta de incentivos en los actores del sistema de salud limita mejoras en la atención y eficiencia.

Destacan la falta de capacidad resolutive, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

En el Perú, **760 distritos** no cuentan con un **establecimiento de salud con al menos capacidad diagnóstica (I-3)** dentro de su circunscripción

Condición	N° distritos
Distritos sin IPRESS de categoría I-2 o superiores 	245
Distritos sin IPRESS de categoría I-3 o superiores 	760



La limitada oferta de servicios de salud en estos territorios vulnera el acceso a:



Acceso a laboratorio clínico (nivel I-3)



Servicios de internamiento (nivel I-4)



Servicios de hospitalización (nivel II)



Casi 2 millones de peruanos no acceden a centros de salud con capacidad diagnóstica



718 (94%) distritos son **rurales**
Representa a **1.5 millones** de peruanos y **más del 50% del total de distritos rurales**

¿Por qué es importante un **establecimiento de salud con capacidad diagnóstica?**

1 Identifica oportunamente **riesgos y problemas de salud.**

2 Contribuye a **mejorar la calidad del tratamiento.**

3 Mejora la **capacidad resolutive de manera más cercana-**

4 Facilita **la continuidad del cuidado.**

● Aunque un establecimiento de categoría I-3 no está diseñado para resolver emergencias **sí debería resolver hasta el 80% de las necesidades de atención más comunes.**

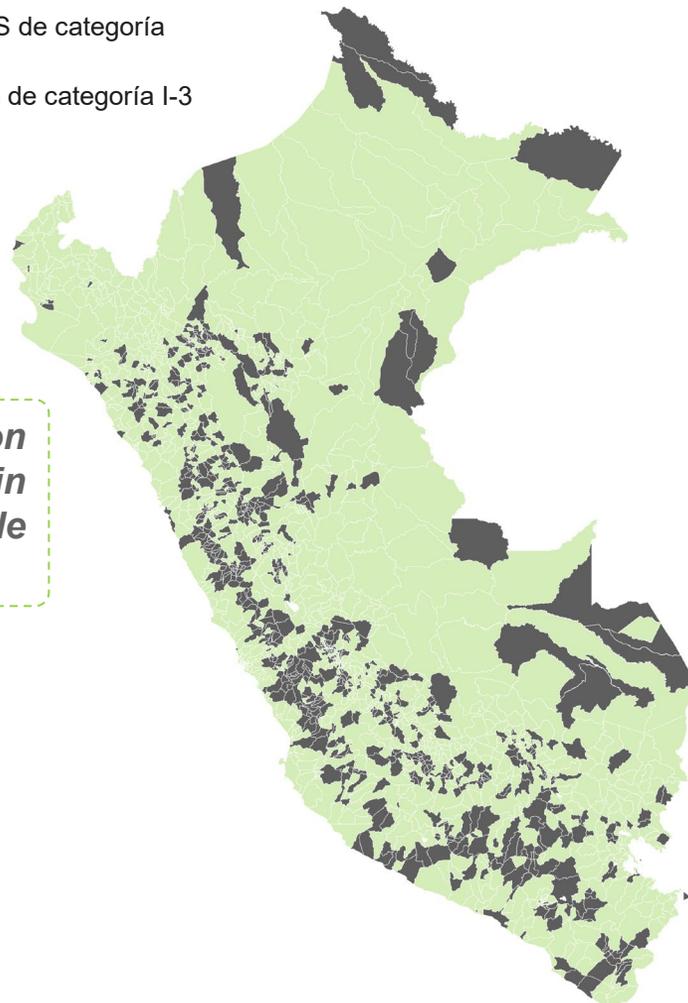
● Su presencia, ubicados en lugares estratégicos, debe permitir resolver **los problemas de salud más frecuentes de la población** y reducir la sobrecarga de niveles superiores.



Destacan la falta de capacidad resolutive, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

Distritos sin centros de salud de categoría I-3 o superiores

-  Distritos con IPRESS de categoría I-3 o superiores
-  Distritos sin IPRESS de categoría I-3 o superiores.



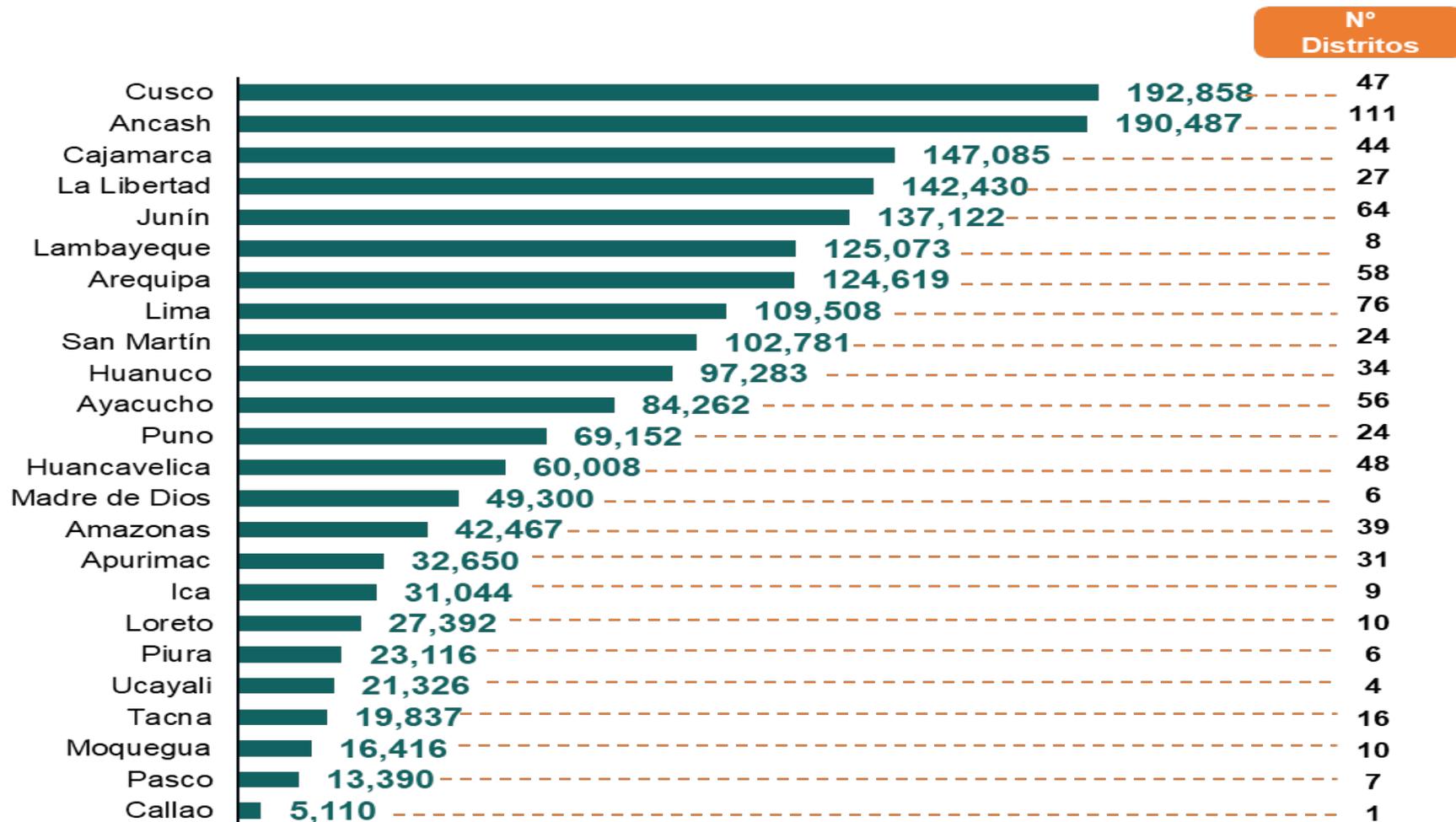
Áncash es el departamento con más distritos (111) sin establecimientos de salud de nivel superior a I-3.

El 26% de la población total de Madre de Dios no cuenta con acceso a un EESS con capacidad diagnóstica



Destacan la falta de capacidad resolutive, la fragmentación del sistema y la ineficiencia en la asignación de recursos

Población en un disitrito sin un centro de salud de categoría I-3 o superiores



760



En los distritos rurales no existen establecimientos de salud con capacidad diagnóstica: ¿Cuánto tiempo deben desplazarse las personas de estos lugares para acceder a una atención adecuada?



Metodología

Fase 1



Fase 2



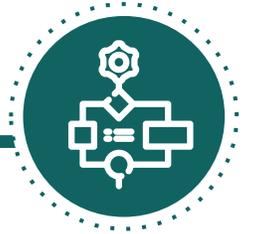
Fase 3



Fase 4



Objetivo



Calcular la distancia y el tiempo de desplazamiento de la población de los distritos que no disponen de un establecimiento de salud con capacidad diagnóstica (nivel I-3), para llegar al establecimiento más cercano de igual o mayor nivel.

Metodología

Fase 1



Fase 1: Identificación de distritos sin establecimientos de salud de categoría I-3 o superior



Fuente utilizada: Base de datos de IPRESS del Perú (**SUSALUD – RENIPRESS**)

Se **identificaron los distritos** en los que se ubican los establecimientos de salud de categoría **I-3 o superior**

Se **identificaron 718 distritos rurales** que **no cuentan con oferta** de establecimientos de categoría **I-3 o superior**.

Adicionalmente, se identificaron **245 distritos** sin oferta de establecimientos de categoría **I-2**.



Metodología

Fase 1



Fase 2



Fase 2: Georreferenciación de distritos e IPRESS identificadas en la fase 1



Fuentes utilizadas: Base de datos de IPRESS del Perú (**SUSALUD – RENIPRESS**) y Datos abiertos-MINSA

Se identificaron las coordenadas geográficas (**latitud y longitud**) de los distritos analizados, tomando como referencia la ubicación de su **plaza de armas***

Asimismo, se identificaron las **coordenadas de los establecimientos de salud**

En los casos en los que dicha información no se encontraba disponible, se procedió a una búsqueda manual utilizando Google Maps.

Total de distritos rurales sin I-3: 684

Total de distritos rurales sin I-2: 237

Metodología

Fase 1



Fase 2



Fase 3



Fase 3: Cálculo de distancias entre distritos e IPRESS identificadas



Se calculó la distancia en kilómetros entre los puntos georreferenciados de cada distrito (plaza de armas) y los establecimientos de salud (IPRESS) identificados.

Para cada distrito, se consideraron únicamente las **10 IPRESS más cercanas**¹, con base en la **distancia geodésica**, es decir, tomando en cuenta la curvatura real de la Tierra.

Esta medida no contempla:

- *Barreras físicas*
- *Accidentes geográficos*
- *Infraestructura vial*

Metodología

Fase 1



Fase 2



Fase 3



Fase 4



Fase 4: Cálculo del tiempo de llegada y distancia en kilómetros en carretera

Google Maps APIs

Fuentes y herramientas utilizadas: API de Google Maps

Se tomó como punto de origen el distrito sin IPRESS y como puntos de llegada las 10 IPRESS más cercanas identificadas en la fase anterior

Se calculó el tiempo de viaje en segundos y la distancia en kilómetros considerando el camino en vehículo por carretera

Finalmente, se ordenaron los datos y se determinó cuál de las IPRESS es más accesible en términos de tiempo de llegada





De esta manera, fue posible estimar el tiempo que debe emplear la población para acceder a una atención adecuada en un centro de salud con capacidad diagnóstica



Los distritos rurales sin un centro de salud de categoría I-3 local deben desplazarse, en promedio, **cerca de 50 minutos** para **acceder a un establecimiento con capacidad diagnóstica (I-3 o superior)**

De los distritos sin IPRESS de categoría I-3:



78% accede a una **IPRESS I-3** como opción más cercana



17% acceden a una IPRESS de **categoría I-4**



5% accede a una IPRESS de **categoría II -1 o superior**

Del total de centros de salud más cercanos:



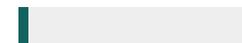
86% Son de **gobiernos regionales**



8% de privados



5% de EsSalud



2% de MINSA y PNP/FF.AA

Tiempo promedio de llegada según nivel de la IPRESS más cercana



49 minutos

hacia una **IPRESS I-3**

1 Minuto **188 Minutos**

Más de 90 min: 68 distritos



48 minutos

hacia una **IPRESS I-4**

5 Minutos **206 Minutos**

Más de 90 min: 12 distritos



40 minutos

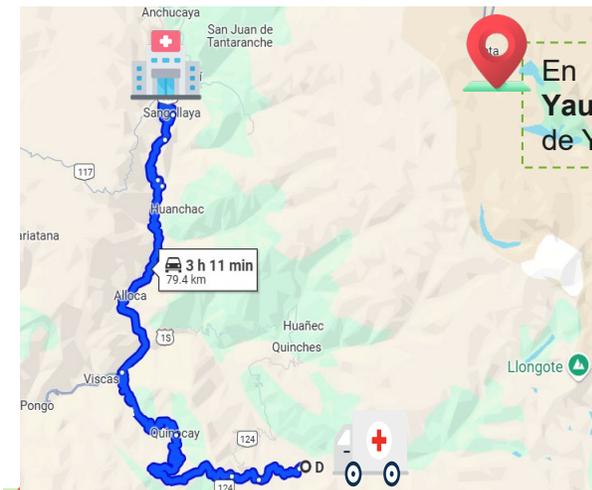
IPRESS **II-1**

6 Minutos **152 Minutos**

Más de 90 min: 5 distritos

51 minutos

IPRESS **II-2**



En el distrito de **Yauyos** (provincia de Yauyos, Lima)



La población tarda más de **3 horas** en llegar a una IPRESS con capacidad diagnóstica

En algunos distritos, el establecimiento de salud más cercano se ubica en un departamento distinto



Las personas de **34 distritos** sin acceso local a una IPRESS con capacidad diagnóstica tienen como **establecimiento más cercano uno ubicado en otro departamento**

Tiempo promedio de llegada a la IPRESS más cercana



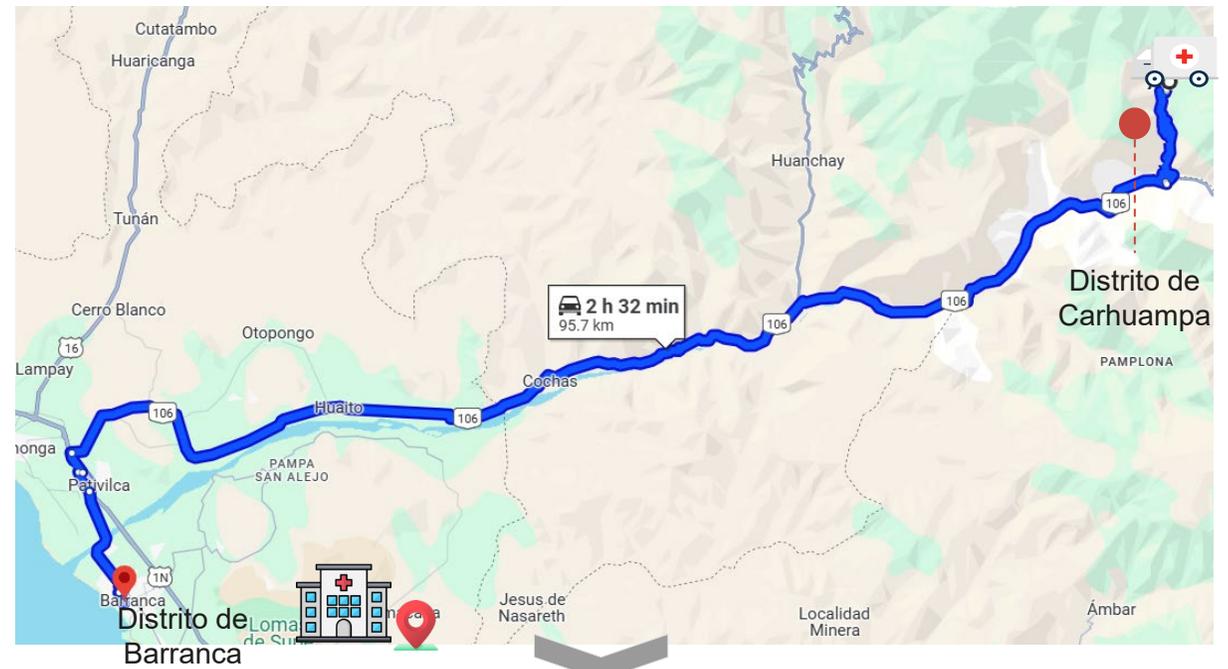
84
minutos

10
Minutos



184
Minutos

Para las personas que viven en el **distrito de Carhuapampa**, en el departamento de **Áncash**, el establecimiento de salud más cercano es de **categoría II-1** y está ubicado en otro departamento: **Lima**



Es decir, **ante una emergencia**, las personas de este distrito deben recorrer casi **3 horas** para llegar al establecimiento de salud más cercano



Ejemplos de distritos con más de dos horas de trayecto hasta el establecimiento de salud más cercano

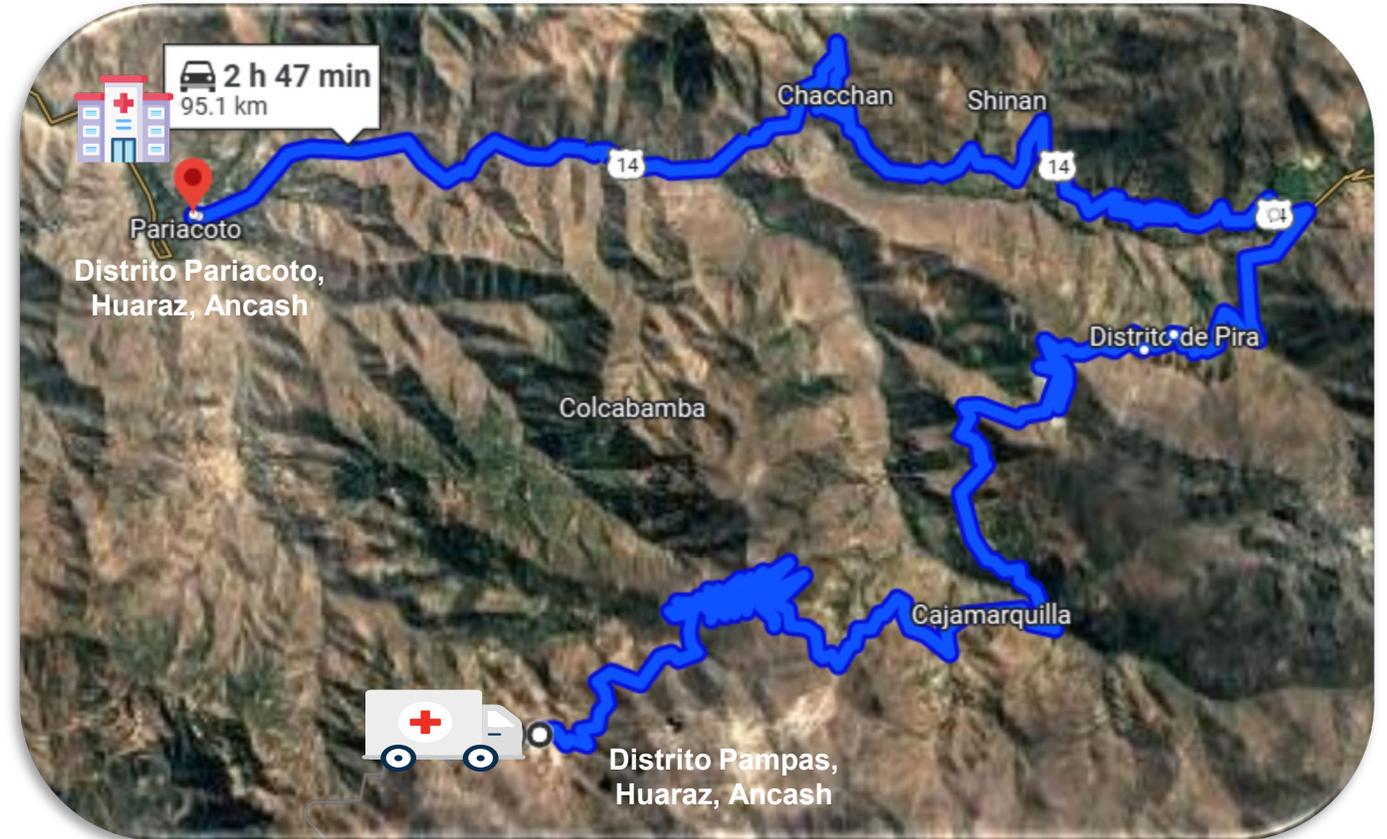


*La población del distrito La Primavera en Áncash tarda más de **3 horas** en llegar a un centro de salud con capacidad diagnóstica, el cuál se encuentra en Lima.*



Ejemplos de distritos con más de dos horas de trayecto hasta el establecimiento de salud más cercano

La población del distrito Pampa, en Áncash tarda más de 2 horas en llegar a una IPRESS con capacidad diagnóstica



En estos casos, si una persona decide acudir a una atención ambulatoria, deberá destinar al menos un día completo para recibir esta atención



Realizarse un control ambulatorio puede tomarle hasta dos días: debe esperar una combi que pasa solo una vez al día, viajar hasta la ciudad y pasar la noche allí para ser atendido.



Conclusiones y recomendaciones



Conclusiones

01

Existen brechas estructurales en la oferta de servicios de salud: Casi la mitad de los establecimientos del primer nivel carecen de médicos cirujanos, y el 96% no tiene capacidad instalada adecuada, especialmente en regiones como Loreto, Madre de Dios o San Martín.

02

El acceso oportuno a atención médica para resolver causas más frecuentes de atención en zonas rurales es críticamente limitado: Aunque el aseguramiento nominal es casi universal en el Perú, más de 700 distritos rurales carecen de una IPRESS de categoría I-3 o superior, lo que impide el acceso oportuno a atención.

03

La distancia y el tiempo de desplazamiento representan una barrera para acceder a servicios de atención ambulatoria: En promedio, la población de distritos sin IPRESS I-3 debe trasladarse casi 50 minutos para llegar al establecimiento más cercano, con casos extremos donde el tiempo supera las 3 horas, sin considerar la escasa disponibilidad de transporte público.

Recomendaciones



Implementar estrategias para los distritos rurales con mayores tiempos de desplazamiento hacia establecimientos de salud con capacidad diagnóstica (I-3), a fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, basadas en un análisis de: (i) la oferta de servicios en el territorio; (ii) la organización del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC); (iii) la posibilidad de establecer alianzas con actores locales (Municipios, Instancias de Articulación Local – IAL, otros); y (iv) los factores contextuales: conectividad, dispersión poblacional, disponibilidad y uso de datos e información, etc.

1



Fortalecer la red de referencia y contrarreferencia empleando tiempos reales de traslado. Establecer rutas críticas según la especialidad requerida y el tiempo óptimo de llegada, realizando las coordinaciones previas necesarias con la IPRESS de referencia.

2



Impulsar la actividad de las IAL o espacios de articulación similares en distritos rurales y de alta vulnerabilidad, para articular esfuerzos. Aprovechar la presencia del alcalde e integrar a los actores sociales del territorio para involucrarlos en la garantía del derecho a la salud y el seguimiento de casos críticos.

3



Institucionalizar un programa de incentivos dirigido a médicos y personal especializado en zonas rurales de difícil acceso, vinculando beneficios económicos, desarrollo de carrera y reconocimiento a la permanencia y buen desempeño en territorios con alta vulnerabilidad sanitaria. Este programa debe complementarse con esquemas de rotación y soporte remoto.

4

Anexo 1: Limitaciones por el lado de la demanda

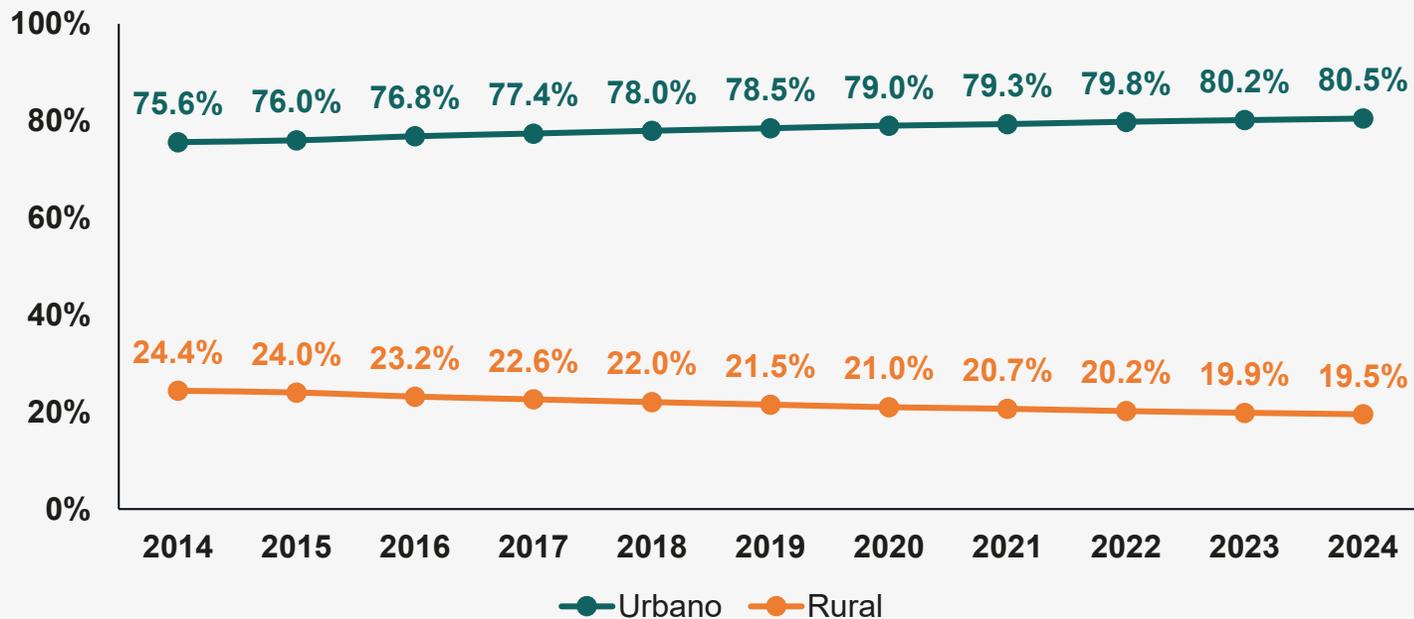


En la demanda, destacan como barreras el **bajo nivel educativo**, y las limitaciones económicas y geográficas

Estas barreras se expresan de forma distinta en zonas urbanas y rurales



Distribución de la población, según ámbito (2013 - 2023)



Fuente: ENAHO(2024).

En los últimos 10 años, la **población rural** se ha reducido en solo **5 puntos porcentuales**



Se entiende por zona rural:
Según la INEI, el área rural es conformado por **centros poblados con menos de 2 mil habitantes**. Su principal característica es tener viviendas dispersas.

En la demanda, destacan como barreras el **bajo nivel educativo**, y las limitaciones económicas y geográficas

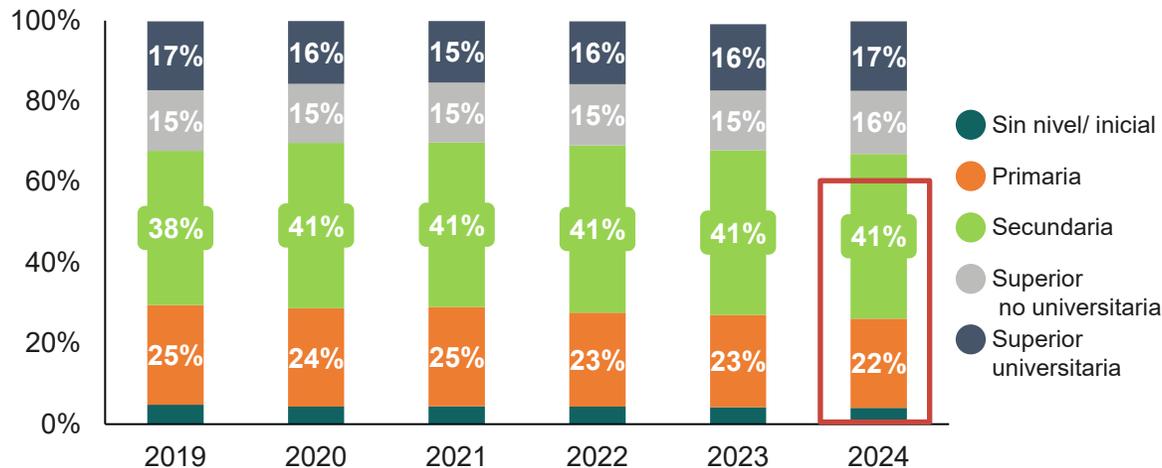
El bajo nivel educativo limita:



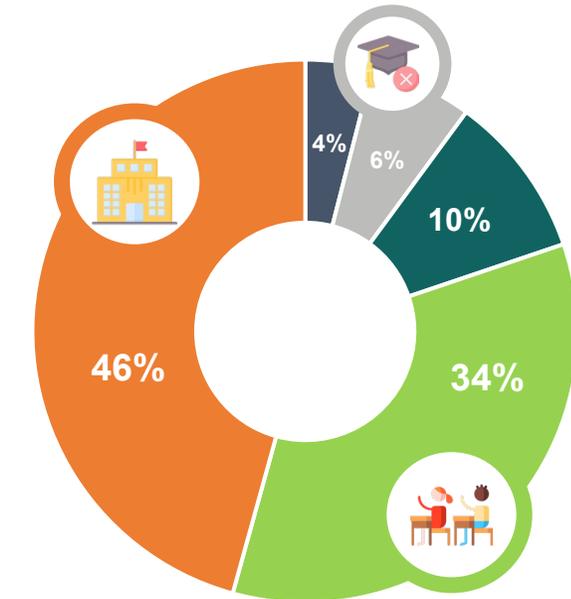
- El conocimiento sobre el sistema de salud y la disponibilidad de los servicios
- La identificación de síntomas
- El derecho a la atención

Más del **67%** de la población peruana mayor de 25 años ha alcanzado solo un **nivel educativo inferior o igual al secundario**

Nivel de educación alcanzado por la población de 25 y más años de edad



Nivel de educación alcanzado por la población rural de 25 y más años de edad (2024)

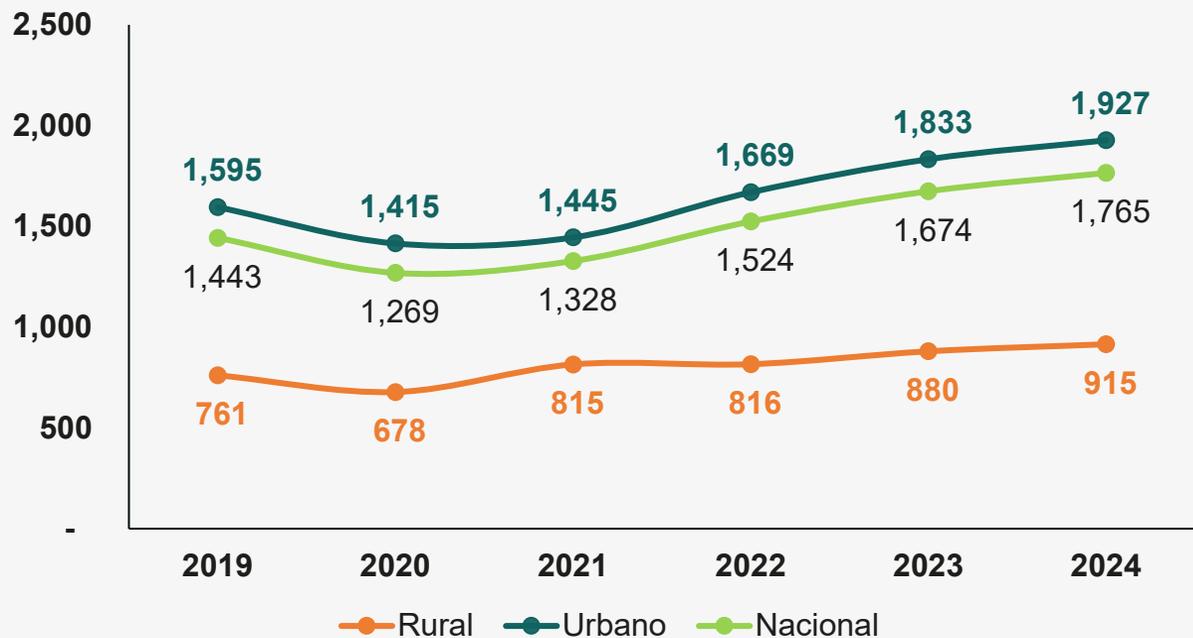


El **90%** de la población rural ha alcanzado solo un **nivel educativo inferior o igual al secundario**

En la demanda, destacan como barreras el bajo nivel educativo, y las **limitaciones económicas** y geográficas



Ingreso promedio mensual proveniente del trabajo

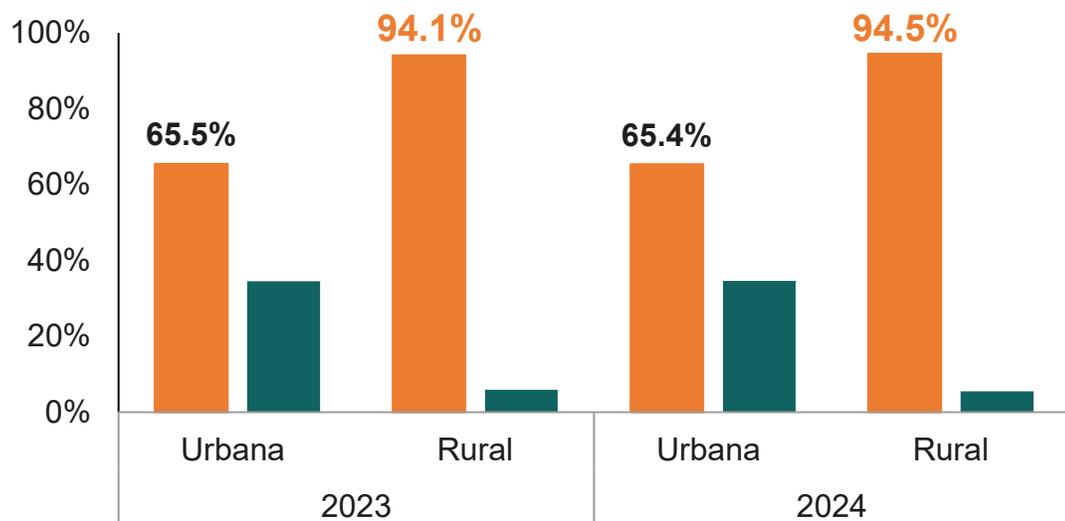


En las **zonas rurales**, el ingreso promedio mensual apenas alcanza los **S/ 915**, menos de la mitad que en áreas urbanas (**S/ 1,927**)

En la demanda, destacan como barreras el bajo nivel educativo, y las **limitaciones económicas y geográficas**



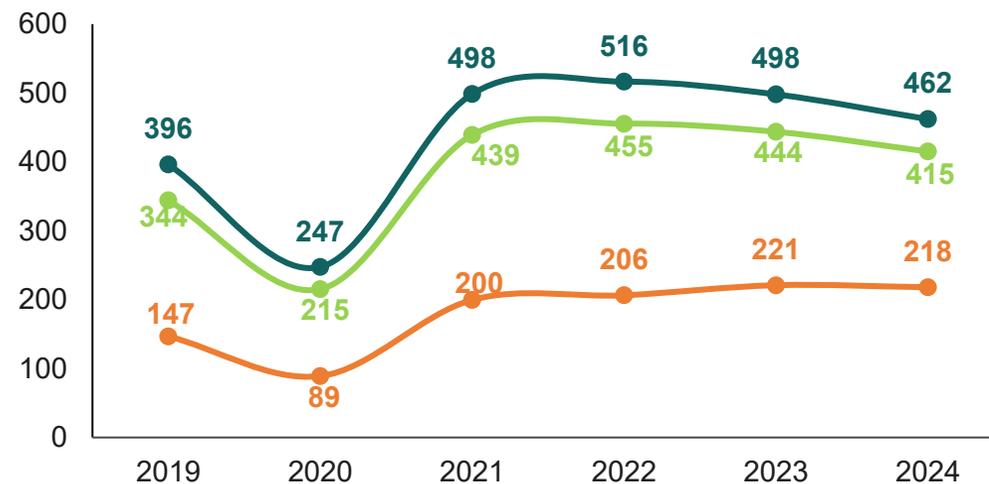
Tasa de empleo informal y formal según área de residencia



La informalidad **rural** supera en **29 p.p.** a la **urbana**



Gasto de bolsillo per cápita en el Perú (S/)



En 6 años, el gasto de bolsillo aumentó:

Nacional > 21%

Urbana > 17%

Rural > 48%

VIDENZA