

ENTREVISTA

Entrevistado

Luis Fernando Llanos

“No contamos con un sistema de salud cohesionado; más bien, lo que tenemos es una suerte de collage”

Entrevistadora:

Jennifer Rubi Retamozo Gonzales♦

ORCID: 0009-0007-2669-058X

Editor:

Kevin Oscar Villarreal Urquizo♦♦

ORCID: 0009-0007-7592-0716

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.007>

-
- ♦ Subdirectora de la comisión de Publicaciones de la Asociación Civil Politai y Estudiante de Ciencia Política y Gobierno de la Facultad de Ciencias Sociales la Pontificia Universidad Católica del Perú.
 - ♦♦ Miembro de la comisión de Publicaciones de la Asociación Civil Politai y Estudiante de Ciencia Política y Gobierno de la Facultad de Ciencias Sociales la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sobre Luis Fernando Llanos

Es médico graduado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), especializado en Administración de Salud y en Políticas (UPCH), Planificación y Financiamiento en Salud (Universidad de Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine). Actualmente, es candidato a Doctor por la UPCH.

Es Profesor Principal e Investigador de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH, con experiencia en Cooperación Internacional, Salud, Monitoreo y Evaluación, Gestión y Desarrollo, en Auditoría en Salud, Investigación en Salud Pública, Investigación Clínica y Epidemiológica, Ética en Investigación y Vigilancia Epidemiológica.

Cuenta con amplia experiencia en Estudios económicos en Salud y evaluaciones de Proyectos y Programas de Salud, así como en el manejo de instituciones como: Clínica Médica Cayetano Heredia generando inversiones y rentabilidad en la institución; Director de la Unidad de Gerencia de la Facultad de Salud Pública y Administración (UPCH); el Instituto Nacional de Salud de Perú con presupuestos anuales mayores a los 30 millones de dólares; y como miembro del Directorio del Proyecto de Eliminación de la Cisticercosis, financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates.

Desde abril del 2019 hasta marzo del 2022 se desempeñó como asesor de la Dirección General de la DIRIS Lima Norte. Previamente, de agosto 2001 a enero 2004, fue Jefe del Instituto Nacional de Salud, entidad responsable de la investigación clínica en el país, de vigilancia nutricional y control de calidad de programas de apoyo alimentario, del control de calidad de medicamentos y equipos médicos, de la producción de algunas vacunas y suero antiofídico, y de regular y promover las actividades en los campos de la salud intercultural y ocupacional.

Su trayectoria profesional también incluye la consultoría en Administración y Gestión de Procesos relacionados en Ciencias de la Salud en destacadas organizaciones nacionales e internacionales de la Salud. Asimismo, ha sido investigador principal para la cooperación italiana y española, el Ministerio de Salud, la Unión Europea, y para la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Fundación Cayetano Heredia.

Llanos ha publicado numerosos artículos científicos sobre temas como el virus Covid-19, la salud pública, epidemiología y el sistema de salud peruano en destacadas revistas como la Revista IIPSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Revista Médica Herediana de la Universidad Cayetano Heredia.

La Asociación Civil Politai expresa su más sincero agradecimiento por la valiosa contribución y participación del Dr. Llanos en el desarrollo de la presente entrevista. Gracias por su tiempo y generosidad.

Vida académica

Considerando su trayectoria en docencia, investigación y servicio, nos gustaría conocer más sobre qué lo llevó a elegir la medicina como carrera y, posteriormente, a especializarse en administración de la salud.

Mi motivación para estudiar medicina surgió del deseo profundo de contribuir al bienestar de la población y resolver problemas de salud. Durante mis años de secundaria, veía la salud principalmente desde una perspectiva asistencial y recuperativa, lo que me llevó a optar por esta carrera. A lo largo de mis estudios, participé en diversas experiencias que ampliaron mi visión: apoyé en albergues, atendí a personas con distintas necesidades, y visité establecimientos organizados por grupos religiosos en diferentes lugares. Estas vivencias fueron moldeando mi perspectiva sobre el papel de la medicina en la sociedad.

Al finalizar la carrera, comprendí que quería hacer algo que fuera más allá de la simple curación de enfermedades. Sentí la necesidad de involucrarme en la gestión y en las políticas de salud, buscando un enfoque más integral del bienestar. Esta convicción me llevó a especializarme en administración de salud y, más tarde, a realizar una maestría en políticas, planificación y financiamiento en salud en Inglaterra, lo que me proporcionó una visión aún más amplia del campo.

La transición hacia la investigación se dio de manera natural. Hubo dos factores clave que me llevaron en esa dirección. El primero ocurrió en el tercer año de medicina, cuando nos asignaron un proyecto grupal sobre el consumo de tabaco entre trabajadores de salud y de la universidad. Esta fue mi primera experiencia con la investigación en salud. Al terminar la carrera, me pidieron apoyar en la Oficina de Investigación Científica de la Universidad Cayetano Heredia, donde trabajé como asistente junior. Esta experiencia me permitió familiarizarme con el mundo de la investigación, despertando en mí un creciente interés por la ética en la investigación y por el proceso investigativo en general.

Con el tiempo, me fui involucrando cada vez más en distintos proyectos de investigación, muchos de ellos relacionados con la gestión y la organización en el ámbito de la salud. Además, tuve la oportunidad de colaborar con estudiantes de pregrado y posgrado en una variedad de investigaciones, todas ellas orientadas hacia el bienestar social.

Experiencia profesional

¿Podría comentarnos cómo sus estudios y experiencias han contribuido a abordar algunos de los desafíos de salud pública en el Perú? ¿Qué impacto han tenido en nuestro país?

La pregunta es muy compleja, pero intentaré abordarla de la forma más detallada posible. Durante mi tiempo como jefe del Instituto Nacional de Salud (INS), una de las iniciativas más destacadas que implementamos fue la promoción de la investigación entre los propios trabajadores. A diferencia de la práctica habitual, en la que el jefe del instituto figura como autor en todas las publicaciones, yo solo aparecía como autor en aquellas que activamente participaba. También, creamos el laboratorio de análisis clínico con bioseguridad de nivel 3 en el INS, que permitió realizar estudios sobre tuberculosis, entre otros. Esto nos permitió abordar temas de salud pública de manera integral, aunque es importante destacar que la solución a los problemas de salud pública requiere una visión más amplia que la mera actividad pública.

Además de esta iniciativa, dimos pasos importantes hacia el fortalecimiento institucional. Establecimos el primer comité de ética en investigación del INS e indexamos la revista del instituto, lo que permitió que la investigación peruana ganara visibilidad a nivel mundial. Estos esfuerzos no solo promovieron la investigación, sino que también contribuyeron a la mejora de los sistemas de salud en el país. Dentro de esta misma línea de fortalecimiento, propusimos la creación de una red de institutos nacionales regionales de salud para descentralizar la investigación y mejorar la calidad del trabajo en salud pública en diversas regiones del país. Sin embargo, esta propuesta no se concretó, limitándose a la creación de laboratorios en Lima y Loreto.

Estas experiencias en el INS me proporcionaron una base sólida para abordar desafíos más amplios en otros contextos. Por ejemplo, en mi trabajo con la OPS en Perú coordiné una intervención para prevenir enfermedades de transmisión sexual en Amazonas, específicamente en Condorcanqui, una provincia marcada por altos índices de pobreza y exclusión. Aunque logramos que la población accediera a diagnósticos, el aumento en los casos de VIH en la región fue alarmante. Esta es, para mí, una experiencia “vergonzosamente exitosa” que refleja las complejidades de la intervención en salud pública.

Otra experiencia durante la pandemia de COVID-19, se me solicitó apoyar la unidad de tratamiento antirretroviral (TAR) en el Centro Materno Infantil (CMI) México en el distrito de San Martín de Porres (Lima). Participando en un taller de monitoreo del programa de TAR en CMI México descubrí que las pruebas diagnósticas se realizaban dos veces a cada paciente, lo cual consideré ineficiente. Tras consultar al personal, propuse reducir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento an-

tirretroviral, lo que resultó en un sistema más ágil y eficaz. Sin embargo, el crecimiento significativo en el número de pacientes en tratamiento, aunque es un éxito en términos de gestión, también subraya la gravedad de la situación.

Estas experiencias en gestión se complementaron con esfuerzos en mejorar la satisfacción del usuario. Desarrollamos cuestionarios que aún se utilizan para medir la calidad de la atención de los pacientes en salud. Aunque este instrumento requiere ser actualizado, ha sido una herramienta valiosa durante más de 25 años, demostrando la importancia de la evaluación continua en los servicios de salud.

Finalmente, un logro del cual me siento especialmente orgulloso fue el inicio de la vacunación contra la hepatitis B de alcance nacional, en Perú en 2002. En ese momento, Perú era uno de los pocos países en la región que no contaba con un programa nacional de vacunación contra esta enfermedad. A través de una gestión eficiente, logramos destinar dos millones de dólares para la compra de vacunas, lo que permitió cubrir la vacunación de la población durante dos años. Este proceso, que no solo implicó la adquisición de las vacunas sino también la transferencia de capacidades al Ministerio de Salud, representó un avance significativo en la salud pública del país.

Los problemas de la salud pública en el Perú

¿Qué puede decirnos sobre el impacto de la crisis de gobernabilidad, especialmente en relación con la alta rotación y el cambio de funcionarios públicos en los procesos de gestión de la salud? ¿Considera que esto explica la escasez de medicamentos esenciales y la crisis en el Centro Nacional de Recursos de Abastecimientos, CENARES?

Lo que es real en el país es que estamos asistiendo a una triste historia nacional, donde, como fruto de los niveles patológicamente altos de corrupción, enfrentamos una enorme crisis de gobernabilidad política, expresada en los desórdenes entre el Ejecutivo y el Legislativo. Estos desórdenes se han intensificado desde el gobierno de Kuczynski hasta la fecha, resultando en una altísima rotación de personal y de funcionarios en los distintos ministerios, incluyendo el de Salud. La crisis de gobernabilidad en el Perú no es exclusiva del Ministerio de Salud; se extiende a todos los sectores y niveles.

Cuando uno observa el caso de CENARES, que nació como una estrategia en los años 2000 para realizar compras de medicamentos mediante un mecanismo de subasta inversa, se ve que, a pesar de haber logrado ahorrar dos millones de dólares y equipar adecuadamente a los establecimientos de salud en varias regiones, el sistema ha fallado. A pesar de los esfuerzos, como incluir la región de Madre de Dios, que es una de las más excluidas del país, el problema persiste.

Hoy, según lo que ha salido en los medios, parece que ha surgido un “Club del Laboratorio” similar al “Club de la Construcción”. La subasta inversa, aunque diseñada para optimizar costos, ha sido vulnerada. Si los proveedores se coluden y no presentan ofertas, la subasta fracasa y el dinero se transfiere a las regiones, que terminan comprando medicamentos a precios mucho más altos. La idea de la compra centralizada era aprovechar economías de escala para reducir costos, pero ningún proceso administrativo se mantiene inalterado por más de tres años; requiere modernización debido a las elevadas tentaciones de corrupción que se evidencian a nivel mundial. Sin embargo, no hemos aprendido de los errores y seguimos operando con mecanismos obsoletos, que eran válidos a inicios del proceso de subasta inversa.

El desabastecimiento de micronutrientes y medicamentos, incluso oncológicos, ya era un problema antes de la pandemia. La crisis actual, agravada por la pandemia, refleja una “crónica de una muerte anunciada”.

Te pongo otro ejemplo, desde 2020 se sabía que aparecerían nuevas variantes de COVID, pero la cobertura vacunal en menores de 15 años es extremadamente baja, y las pruebas para diagnóstico son insuficientes debido a problemas políticos. La falta de vacunación y el limitado acceso a pruebas contribuyen a problemas de salud persistentes, como el COVID persistente y problemas de salud mental.

En consecuencia, podemos señalar que la crisis de gobernabilidad, sumada a la corrupción y la falta de respuestas efectivas, agrava la situación. No estamos aprendiendo de los errores y no se están implementando medidas correctivas adecuadas, lo que demuestra que enfrentamos una crisis grave en la gestión de la salud pública.

Con base en su amplia experiencia en el ámbito de la salud pública, ¿cuáles considera que son las principales deficiencias en la infraestructura de salud en el Perú? Además, ¿qué estrategias o medidas considera necesarias para abordar de manera efectiva estas carencias y mejorar la capacidad del sistema de salud?

No es solo infraestructura, es mucho más que eso. Para ello, pueden revisar los dos documentos elaborados para la OMS: Atención Primaria de la Salud en el Perú²⁶, redactado antes de la pandemia, y Atención Primaria de la Salud en el Perú y COVID²⁷, elaborado durante la pandemia de COVID-19. Ambos documen-

²⁶ Primary health care systems (primasys). En: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341085/WHO-HIS-HSR-17.32eng.pdf?sequence=1>

²⁷ Peru: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic. En: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/peru-a-primary-health-care-case-study-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>

tos están en inglés. En ellos, los autores concluimos que el Perú no cuenta con un sistema de salud integrado y cohesionado.

En detalle, el país presenta un sistema de salud segmentado y fragmentado²⁸. Por un lado, el Ministerio de Salud y sus regiones funcionan de manera autónoma, sin mecanismos de supervisión coordinados que dependan del Ministerio en Lima Metropolitana o de las regiones en el resto del país. Además, la seguridad social, que depende del Ministerio de Trabajo, opera con lógicas distintas y dispone de Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAS) principalmente en grandes ciudades o capitales de departamento, dejando muchas áreas rurales desatendidas.

Por otro lado, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, como SALUDPOL, la sanidad de la FAP, del ejército y de la marina, funcionan de manera independiente. Asimismo, el sector privado, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro, ofrece servicios de salud, y en muchas áreas rurales, los centros parroquiales cuentan con técnicos o tecnólogos que colaboran en el diagnóstico de salud.

Esta fragmentación y la falta de coordinación entre los distintos sistemas y entidades contribuyen a una infraestructura de salud ineficaz y desarticulada. ¿A qué punto con esto? No contamos con un sistema de salud cohesionado; más bien, lo que tenemos es una suerte de collage, como me gusta decir. Es como si mezcláramos diferentes elementos de manera desorganizada, resultando en una imagen fragmentada. No existe un intercambio efectivo de servicios ni una relación de prestación integrada.

Un ejemplo claro de esta falta de cohesión se evidenció durante la pandemia. Las personas aseguradas por la seguridad social, EsSalud, acudían con COVID al sistema de salud del Ministerio de Salud (Minsa). Sin embargo, hasta donde tengo conocimiento, EsSalud no ha reembolsado al Minsa ni un sol de los gastos generados en el tratamiento de estos pacientes. Este tipo de situaciones subraya la falta de coordinación y el problema de subsidios entre los distintos sistemas de salud.

El gran desafío que enfrentamos es que cada subsistema opera como una isla autónoma. En el ámbito privado, cada cadena de clínicas también funciona de manera independiente, sin un intercambio prestacional entre ellas. Por ejemplo, si estoy asegurado en una clínica privada y sufro un accidente, no puedo ser atendido en otra clínica sin un permiso especial, y habitualmente, la clínica no asume esos costos. Esta fragmentación es vergonzosa y limita la capacidad de articular un sistema de salud coherente.

²⁸ Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. En: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n4/1729-214X-rmh-31-04-266.pdf>

No estoy pidiendo que tengamos un sistema único, sino que tengamos la capacidad de sentarnos y acordar un sistema articulado. Lo que necesitamos es superar el desorden y el caos actuales para construir un sistema de salud que funcione de manera integrada y coordinada.

Lo que denominamos actualmente como “sistema” es, en términos técnicos, un sistema segmentado y fragmentado. Es, en esencia, un sistema vergonzosamente o críticamente segmentado y fragmentado. Este problema radica en la falta de espacios adecuados para la prestación, coordinación y atención. Además, los esfuerzos para fortalecer los establecimientos de primer nivel han sido escasos y se ha avanzado muy poco en este ámbito.

Para ilustrar, en grandes ciudades como São Paulo, existe una central de laboratorio que procesa todas las muestras tomadas en los establecimientos de salud de la ciudad. En contraste, en Perú cada establecimiento tiene que realizar todas sus pruebas de manera independiente, lo que refleja una comprensión cultural errónea del sistema de atención primaria. En Perú, el sistema de atención primaria está clasificado en niveles I-1, I-2, I-3, I-4, entre otros. Sin embargo, los establecimientos de nivel I-1 aspiran a ser I-2, los I-2 quieren ser I-3, y así sucesivamente, sin contar con el apropiado recurso humano ni con las competencias básicas requeridas para cada nivel. En algún momento se intentó establecer establecimientos de atención de 12 y 24 horas para ordenar el sistema, pero la falta de coordinación y organización persiste. Este desorden interno es notable, y la falta de coordinación entre los diferentes niveles y establecimientos de salud contribuye significativamente a la ineficacia del sistema.

Si contáramos con un laboratorio centralizado en cada DIRIS o en cada red integrada de salud, en lugar de tratar de establecer un sistema muy amplio, tendríamos laboratorios certificados con pruebas de calidad, resultados apropiados, personal capacitado y equipos automatizados que proporcionen resultados en menos de 24 horas. Estas son prácticas recomendadas y descritas en la literatura para áreas como laboratorios y radiología, y deberían ser implementadas en la atención primaria.

Ahora, también hay una carencia significativa en cuanto a la promoción de la salud.

Desde luego, lo mencionado anteriormente no aborda el concepto integral de salud pública, que también incluye la promoción de la salud, que además se debe dar en todos los niveles de atención. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuánto se ha desarrollado sobre saneamiento básico y calidad de vivienda, hábitos alimentarios, higiene, la importancia de la actividad física y la salud mental, elementos esenciales para el bienestar personal y el de los demás? Si se ha recibido alguna capacitación en estos temas, es probable que haya sido mínima.

Allí entra la educación. La proporción de personas con estudios universitarios de alta calidad es bastante reducida. Por ende, la formación en estos aspectos esenciales de salud y bienestar es escasa y el trabajo en este ámbito sigue siendo muy limitado. La atención primaria es solo una parte de la salud pública, que también debe incluir la educación de la población para promover el bienestar general. El nivel de esfuerzo en esta área sigue siendo insuficiente.

Es bastante interesante y se valora su lógica expuesta respecto al sistema de salud, describiéndolo más como una composición de partes, un collage, que como un sistema cohesionado. Ahora, esta desconexión también se relaciona con la atención en zonas rurales. De hecho, usted ha realizado investigaciones sobre el servicio de salud en dichas áreas. Basado en la experiencia y los hallazgos obtenidos, ¿qué cambios considera necesarios para mejorar el apoyo en el campo de la salud pública en estos contextos?

Generar el cambio es fácil de decir, pero extremadamente complejo de lograr. Le pregunto lo siguiente: ¿se iría usted a trabajar como politólogo en el ámbito rural? Lamentablemente, la respuesta suele ser no, debido a que, hasta ahora, no hemos logrado desarrollar lo que se ha alcanzado en otros países del primer mundo, como la creación de polos de desarrollo.

Para ilustrar, podemos considerar varios ejemplos cercanos. Bolivia y Ecuador tienen polos de desarrollo, como La Paz y Santa Cruz en Bolivia, y Quito y Guayaquil en Ecuador. En Colombia, existen múltiples polos de desarrollo, no solo Bogotá. Chile tiene varios polos de desarrollo, distribuidos en el norte, centro y sur del país. Argentina y Brasil también presentan una distribución similar, con Brasilia como centro político y São Paulo y otras grandes ciudades como polos de desarrollo. Brasil ha invertido fuertemente en sus zonas fronterizas para crear polos de desarrollo.

Por ejemplo, en la frontera entre Perú y Brasil, muchos estudiantes peruanos eligen estudiar en Brasil debido a los esfuerzos de desarrollo en esa región. Similarmente, se ha reportado que en la zona de la triple frontera, algunos peruanos se trasladan a Colombia para estudiar, ya que el país ha invertido en crear polos de desarrollo y proteger su frontera.

Regresando a un aspecto operativo de tu pregunta, durante mi tiempo en la OPS en Brasil, me enteré de que los médicos que se trasladaban a trabajar en zonas fronterizas recibían sueldos que eran el doble o triple de los sueldos de los médicos en las grandes ciudades. Esto era un incentivo importante para asegurar que hubiera médicos permanentes en esas áreas.

Del mismo modo, en el ámbito de las ciencias políticas, no es realista esperar que alguien se traslade a una zona rural para realizar tareas administrativas a menos que haya una universidad cercana y un fuerte compromiso con el bienestar social que motive a enseñar allí. Sin ese tipo de incentivos o motivación, es

comprensible que haya poca disposición para trabajar en áreas rurales. Es completamente válido que las personas deseen progresar en sus carreras, dado el esfuerzo y dedicación que han invertido en su educación.

Entonces, el país debe invertir en el desarrollo de las regiones rurales para ofrecer incentivos atractivos y mejorar las condiciones de trabajo, de manera que se pueda atraer y retener talento en esas áreas. En este momento, no estamos apostando lo suficiente por este tipo de desarrollo.

Lo crítico en este caso es que, si no hemos logrado abordar adecuadamente los problemas del sistema de salud en la capital, resulta aún más desafiante enfrentar estos problemas en las zonas rurales.

Exactamente. Enfrentamos problemas significativos incluso en Lima. Por ejemplo, ¿cuál es la capacidad de su celular para captar señal en todas las áreas de Lima? Dependiendo de la ubicación, hay lugares donde la señal se pierde constantemente debido a problemas de conectividad. En los establecimientos de salud, la mayoría en Lima Metropolitana tienen una red muy limitada. El ancho de banda en hospitales y centros de salud debería ser suficientemente amplio para gestionar historias clínicas electrónicas y transmitir imágenes de rayos X, entre otras funciones. Si esto ocurre en Lima, ¿qué podemos decir de otras regiones?

Hace treinta años, durante un viaje, encontré un hospital en una provincia de Cajamarca, construido en la época de Odría, que operaba a la mitad de su capacidad debido a la falta de personal de salud. Además, había muy cerca un establecimiento de la Seguridad Social destinado a atender a los asegurados. ¿No parece esto patológico y anormal, cuando deberíamos estar optimizando el trabajo? La historia del país está plagada de ejemplos vergonzosos de este tipo. Sin un sistema integral, las soluciones que implementemos serán simplemente parches: más bonitos, más elegantes, más simpáticos, pero parches al fin. Y nadie está dispuesto a enfrentar el problema de raíz, porque nadie quiere construir un sistema coherente.

Uno de los aspectos que no hemos abordado es la colaboración entre diferentes sectores para mejorar la salud pública. ¿Cómo percibe usted que se podría fortalecer la colaboración entre el sector salud y otros sectores, como la educación, el transporte y el medio ambiente?

Si el tema dentro del sector salud es complejo, la situación se complica aún más cuando se trata de coordinar entre sectores. Permítame compartir mi experiencia en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. En la última evaluación que revisé, el programa Qali Warma no funcionaba como se esperaba. ¿Por qué no funcionaba? En principio, el programa se aprobaba en el MIDIS y se transfería al sector correspondiente, de acuerdo con el diseño de todos los programas sociales. Si se revisa la

situación, se observa que muchos programas sociales debieron ser transferidos al sector correspondiente, pero no existe una definición clara de cuál es ese sector.

El programa debería articularse con el sector de educación, pero la situación ha empeorado. Anteriormente, había niveles de coordinación, pero la última información indica que la coordinación ya no se realiza. Surge una pregunta más amplia: ¿Cómo se van a abordar los temas de salud en la población escolar? ¿Se espera que los profesores enseñen temas de salud, o se coordinará para que los profesionales de salud proporcionen información en las escuelas? ¿Se complementará la práctica de actividad física en los cursos de educación física con charlas sobre temas de salud? ¿O se educará sobre la prevención del cáncer de cuello uterino, no solo hablando del cáncer en sí, sino destacando la importancia de la vacunación contra el virus del papiloma humano?

El problema radica en que todos seguimos viendo estos espacios como si fueran “espacios estanco”. Todo debería estar coordinado, pero no se promueve ni se está logrando esa coordinación. Siempre ha sido difícil coordinar porque cada entidad desea mantener el control exclusivo sobre su propio ámbito. Esta falta de colaboración impide el progreso.

Por ejemplo, ¿de qué sirve aumentar la asignación económica a los adultos mayores, ya sea a 200, 250 o incluso 1,000 soles, si el adulto mayor necesita una prótesis dental o una cirugía de cataratas? La coordinación necesaria para proporcionar tales atenciones es crucial. En mi experiencia en el MIDIS, tuve que coordinar con asesores de distintos despachos para facilitar la atención. En Lima Metropolitana, logramos que cerca de 200 personas se sometieran a operaciones de cataratas y coordinamos tratamientos odontológicos en algunos establecimientos. También conseguimos tratamientos de cataratas en Junín. Sin embargo, estas acciones deberían formar parte de un sistema estructurado y coordinado, lo cual aún no existe. Esta falta de estructura también refleja problemas profundos de gobernanza.

Desde finales de los años 90 y principios de los 2000, se empezó a impulsar el concepto de “gestión por resultados para el desarrollo”. En la práctica, esto implicaba que no solo se asignaba un presupuesto general, sino que se requerían actividades específicas y resultados concretos. Esto llevó a la creación de diversos documentos conocidos como los Anexos 2.

Esta lógica de gestión por resultados para el desarrollo implicaba trabajar con programas multisectoriales o transectoriales, es decir, programas que requerían la articulación de varios sectores, dado que ningún tema es exclusivo de un solo sector. En Perú, esta metodología se implementó en 2007 con el Programa Articulado Nutricional. Sin embargo, este programa se desarticuló y regresó a una lógica monosectorial, donde cada sector mantuvo el control exclusivo sobre su propio programa. Los Presupuestos por Resultados (PpR) en Perú, que se introdu-

ieron como una forma de gestión multisectorial, también sufrieron una regresión hacia una lógica monosectorial. En 2018, se intentó nuevamente implementar una lógica multisectorial bajo el concepto de Presupuestos Orientados a Resultados (PPOr). Aunque se han creado cuatro de estos programas, su nivel de implementación es casi nulo.

Entonces, si se desea impulsar una iniciativa con un enfoque social, es fundamental la coordinación entre sectores. Esto requiere construir una gobernanza sólida, algo que actualmente no existe en el país. El reto para los futuros tomadores de decisiones es, por tanto, considerablemente mayor, dado que ahora se cuentan con directrices y alguien debe asumir el desafío de darles vida y asegurar su implementación efectiva.

Este es el fin de la entrevista. Deseamos agradecerle sinceramente, doctor Llanos. Muchas gracias por compartir su experiencia, conocimientos y nuevas perspectivas sobre cómo deberíamos abordar el tema de la salud pública. Hemos discutido su trayectoria académica, los desafíos actuales y sus ideas para mejorar la gestión en este ámbito. Realmente apreciamos su tiempo y disposición para esta entrevista.