



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Construyendo conocimiento para mejores políticas



XVI Concurso
Anual de
Investigación
CIES 2019

Evaluación del Protocolo de visitas Domiciliarias de Pensión 65 durante COVID-19

Lucas Sempé ●

Peter Lloyd ●

Con el apoyo de



PERÚ

Ministerio
de Economía y Finanzas

Índice

<i>Introducción</i>	4
1. Marco Conceptual	6
1.1. Entrelazando Pensiones y Salud	6
1.2. El Sentido de las Visitas Domiciliarias y Remotas	12
2. Objetivo de la Evaluación	14
3. Metodología	16
3.1. Análisis Cuantitativo	18
3.1.1. Análisis Descriptivo e Inferencial.	18
La evaluación contó con un análisis cuantitativo, tanto descriptivo e inferencial, de la base de datos de las visitas remotas, cuyo mayor énfasis fue la identificación de factores de riesgo y la categorización de estos realizada por Pensión 65.....	18
3.1.2. Evaluación de Impacto Cuasiexperimental	21
3.2. Recojo Primario de Datos Cualitativos y Sistematización del Proceso de Visitas Remotas en Pensión 65	23
3.2.1. Muestra para Análisis Cualitativo	25
3.3. Cambio de Diseño de la Evaluación	27
4. Resultados	28
4.1. Análisis Cuantitativo	29
4.1.1. Asociación a Mortalidad por COVID-19	42
4.1.2. Asociación a Otros Indicadores Sociales Relevantes	45
4.1.3. Resultados de Evaluación de Impacto	51
4.2. Análisis Cualitativo	54
4.2.1. Diseño.....	55
4.2.2. Planificación de Visitas Remotas	59
4.2.3. Implementación	60
4.2.4. Entrevistas a Beneficiarios	64
5. Conclusiones	67
6. Recomendaciones	70

6.1. Acceso a Datos	71
6.2. Institucionalización del Proceso	71
6.3. Modalidades de Visita	72
6.4. Sobre Cuestionario	72
6.5. Encuesta de Percepciones Anual	73
6.6. Finalidades de Visita	73
6.7. Piloto e Innovación	74
6.8. Articulación en el Territorio	75
7. Plan de Incidencia.....	75
8. Referencias	77
9. Apéndices.....	81
9.1. Resultados de Validación de Instrumentos.....	81
9.2. Instrumento Equipo Central y Jefe de Unidades Territoriales	82
9.3. Instrumentos Promotores	85
9.4. Instrumentos Beneficiarios	86
9.5. Transcripciones y acceso a datos	87
9.6. Comité de Ética	88
9.7.	89
Razón de probabilidades – Vecino más Cercano	89

Introducción

El año 2020 ha estado marcado por la expansión del COVID-19 en el país, al igual que por los esfuerzos realizados por el Estado Peruano para hacer frente a las consecuencias de esta pandemia. Esto ha obligado a las distintas entidades y programas públicos -entre ellas, Pensión 65- a modificar, actualizar y adaptar sus procesos operacionales para atender las necesidades de sus usuarios de la forma más adecuada y eficaz posible dentro de un difícil contexto que afecta tanto a la salud, lazos sociales y economía de las familias, especialmente de aquellos más vulnerables.

Considerando que la morbilidad a causa de la pandemia alcanza índices desproporcionados especialmente dentro de la población adulta mayor -hecho conocido con anterioridad en países como Italia y España-, donde a la fecha de la presente investigación (21 de diciembre de 2020), el 70% de los fallecidos oficialmente reconocidos en nuestro país corresponde justamente a los adultos mayores ¹; por este motivo, resulta de mayor relevancia estudiar las acciones propuestas por el Programa Pensión 65 con la finalidad de enfrentar los efectos del COVID-19.

Dentro de las distintas actividades del Programa durante la pandemia, resalta la creación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19). Este protocolo tiene como objetivo “brindar educación en prácticas de cuidado que disminuyan el riesgo vinculado al coronavirus, y de ser el caso, para la derivación oportuna al sector Salud para su atención,” buscando “potenciar la articulación con el sector Salud para la adopción de acciones

¹ Ver: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp - Consulta: 21 de diciembre de 2020.

preventivas para disminuir (el) riesgo de contagio en las personas adultas mayores del Programa Pensión 65². Esta perspectiva reemplazó las actividades habituales de visitas domiciliarias que se realizaban, así como actividades de promoción de la salud debido al riesgo de contagio hacia la población objetivo del Programa, y también por el cuidado hacia los trabajadores del Programa y sus familias.

El presente informe es fruto de una propuesta ganadora del Concurso de Investigación del CIES 2019, y busca dar cuenta de una evaluación de procesos realizada sobre las Visitas Domiciliarias remotas a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la prevención del COVID-19, iniciativa que surgió en el marco de la pandemia, y que se presenta como una oportunidad de establecerse como un mecanismo permanente de atención a los usuarios. Mientras que el diseño inicial de la evaluación previo a la llegada del COVID-19 estaba centrado en el estudio de campo de la articulación entre salud y Pensión 65, ahora nos centramos en las acciones virtuales realizadas por Pensión 65 de cara a la mitigación, prevención y cuidado de sus usuarios, considerando que son una población extremadamente vulnerable por la edad y su condición socioeconómica.

Siendo que la naturaleza de la evaluación está centrada en la intersección entre procesos y resultados, el objetivo de la presente evaluación se resume en conocer la implementación y resultados del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19). Para ello se plantea, en una lógica de entrega y demanda del servicio, enfocarnos en los beneficiarios; así, buscamos comprender sus experiencias tras haber recibido las llamadas del Programa,

² Ver: Resolución Directoral 050-2020-MIDIS/P65-DE

así como en el diseño y gestión del Protocolo, y lo que ello implica en términos de organización, coordinación y articulación entre entidades. La evaluación propone tres dimensiones de análisis: en primer lugar, busca sistematizar buenas prácticas en la implementación del Protocolo; en segundo lugar, busca identificar cuellos de botella en la implementación; y, finalmente, en base a ambos, proponer oportunidades de mejoras.

El documento se organiza de la siguiente forma. Luego de esta introducción, se presenta el marco conceptual de la evaluación, el cual reúne la justificación del caso de estudio, la revisión de literatura y la discusión de esta, los elementos centrales del caso de estudio y donde se expande el desarrollo del objetivo de la evaluación. En la tercera sección se detallan los diferentes aspectos metodológicos de la evaluación donde se da cuenta de las opciones de métodos de recojo de información y análisis en relación a las decisiones sobre la muestra seleccionada. En seguida, desarrollamos las secciones de presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones que constituyen el bloque central del documento donde se analizan y discuten los hallazgos empíricos, y se proponen rutas de mejora a la intervención, acompañado de un plan de incidencia. Finalmente, las referencias bibliográficas y apéndices se encuentran al final del documento.

1. Marco Conceptual

1.1. Entrelazando Pensiones y Salud

¿Cuán importante es la dimensión salud en un Programa de protección social como Pensión 65? Esa fue la pregunta inicial de nuestra indagación, y ella nos llevó a proponer un estudio sobre la articulación del Programa a Salud. Lo hicimos en base a la revisión documentaria del diseño del Programa, que permite identificar la diferencia entre medios y

fines en esta intervención. Es así como, de acuerdo al diseño del Programa Pensión 65 (Ministerio de Economía y Finanzas, 2016), el problema central del Programa se define como el “Limitado acceso de los adultos mayores que viven en situación de pobreza extrema a una seguridad económica que contribuya a mejorar su bienestar.” Aquí, la idea de bienestar -sin mayor especificación- sugiere que el Programa busca alcanzar objetivos que trascienden la entrega del subsidio financiero. Esto se observa también en el resultado específico propuesto, el cual indica que los “adultos mayores que viven en situación de pobreza extrema cuentan con una seguridad económica que les permita mejorar su bienestar.”. Todo ello se condice con la cadena de valor del Programa.

Por ejemplo, la más reciente propuesta de cadena de valor (ver Figura 1), se propone la actividad específica “Acompañamiento a la salud física y emocional de los usuarios”, que incluye visitas domiciliarias, seguimiento de condiciones de salud física y seguimiento de atenciones a casos derivados; el mismo que, a su vez, está vinculado al resultado específico “Personas de 65 años a más usuarias y usuarios, reciben el paquete de cuidados esenciales en salud”. La importancia de la dimensión salud también se captura tanto en la evidencia cuasi-experimental sobre el Programa (Galiani et al., 2016), así como en la información recolectada mediante las encuestas anuales de percepción del Programa (Guerrero et al., 2019).

Al mismo tiempo, encontramos diversas menciones a las visitas domiciliarias. Por ejemplo, en la actividad “Gestión de visitas a usuarios” se mencionan visitas en puntos de pago y visitas domiciliarias para la verificación de supervivencia, el cobro de la subvención y la orientación para el cumplimiento de requisitos (actualización de condición socioeconómica). Tanto esta actividad como la anteriormente mencionada están ligadas al Producto “Personas de 65 años a más en situación de pobreza extrema reciben acompañamiento para su vinculación a redes de apoyo”, y que, a su vez, está ligada a dos

resultados específicos: el primero, Personas de 65 años a más usuarias y usuarios reciben paquete de cuidados esenciales en salud y, el segundo, Personas de 65 años a más usuarias y usuarios se integran a redes de apoyo familiar, comunitario y social. Adicionalmente, en la actividad “Entrega de la subvención monetaria”, también es posible encontrar el seguimiento a la entrega de la subvención monetaria.

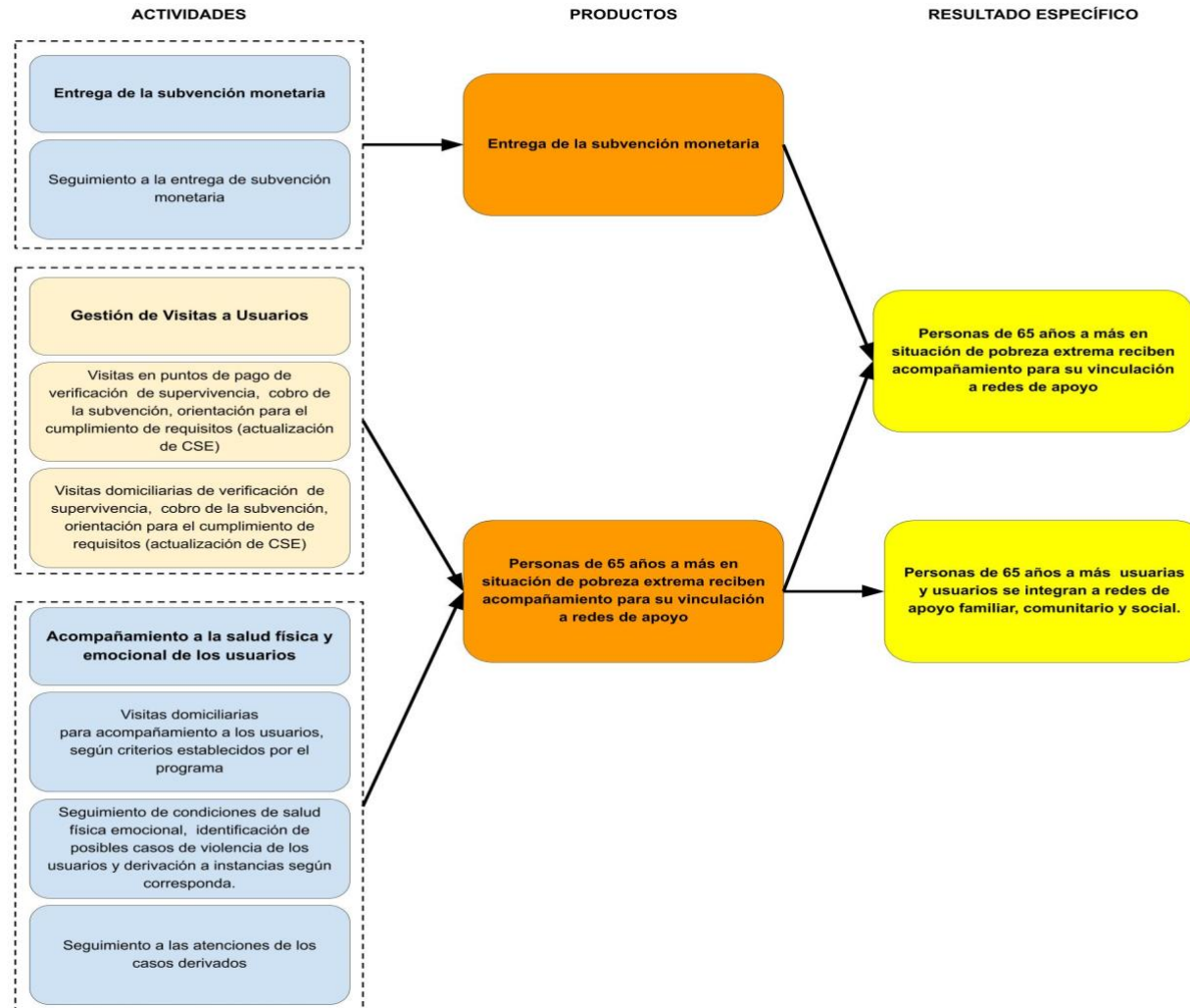


Figura 1: Actividades relacionadas a visitas domiciliarias en el Programa Pensión 65. Fuente: cadena de valor Programa Pensión 65.

Sin embargo, diversos estudios ponen en evidencia la complejidad y no linealidad de las conexiones entre pensiones no contributivas y salud en el mundo -incluyendo información del Perú-, con resultados de investigación que pueden ser considerados como inconclusos. Por ejemplo, una revisión sistemática relativamente reciente que evalúa el efecto de transferencias no condicionadas en países de ingreso bajo y medio no encuentra una clara asociación entre la entrega de beneficios con un incremento del uso de servicios de salud; además, al mismo tiempo, encuentran evidencias limitadas de beneficios en aspectos relacionados como la mejora en la diversidad en las dietas y el incremento de gastos en salud (Pega et al., 2017).

Por otro lado, en un estudio sobre el impacto de pensiones no contributivas en Sudáfrica, donde las pensiones equivalían a 95 dólares americanos, se encontró un aumento en la utilización del servicio de salud, así como del conocimiento y tratamiento de la hipertensión arterial, pero sin una asociación a tener la condición controlada dentro de rangos seguros (Lloyd-Sherlock and Agrawal, 2014). Además, también se encuentran algunas experiencias positivas entre pensiones y salud mental en términos de percepción de disminución de síntomas de depresión (Galiani et al., 2016; Salinas-Rodríguez et al., 2014); aunque bastante limitados, son Perú, Colombia y México los casos donde se encuentran algunos de esos resultados positivos (Hessel et al., 2018; Salinas-Rodríguez et al., 2014).

Lo mismo sucede también en el caso de Pensión 65, donde tanto la evaluación cuasi-experimental ya realizada (Galiani et al., 2016) y el análisis de información recolectada mediante las encuestas anuales de percepción en los últimos años (Guerrero et al., 2019), no dan cuenta de efectos en salud que puedan atribuirse causalmente al Programa o de cambios significativos en términos de acceso, uso de servicios de salud y estado de salud física de los adultos mayores. No obstante, sí dan cuenta de mejoras en la escala de autopercepción de

depresión, aunque la significancia estadística no sea robusta ($p < .1$), y la diferencia entre grupos se vuelva no significativa cuando los test de hipótesis son ajustados por múltiples comparaciones (Bando et al., 2020).

Por otro lado, ya enfocándonos en información producida en el marco mismo del Programa a partir de las recolecciones periódicas de datos y evaluaciones -evitando así problemas de validez externa-, se identifican los procesos de articulación y de seguimiento como elementos críticos a mejorar. Por ejemplo, se señala como un problema de diseño del PP una falta de claridad en los indicadores y del alcance de la acción común “Articulación intersectorial con los Gobiernos Regionales y Locales para fortalecer servicios sociales” (Ministerio de Economía y Finanzas, 2016). Adicionalmente, se identifica que los mecanismos de vinculación y coordinación con actores externos no están debidamente definidos, y que, a pesar de contar con convenios de cooperación con otras entidades, no se especifican los criterios para intercambiar información y tampoco se levantan indicadores que midan la calidad de las interacciones, ni eficiencia en los procesos.

De igual forma, en la evaluación cuasi-experimental previamente realizada por Galiani et al. (2016), los autores alertan sobre la necesidad de fortalecer las acciones de articulación intersectorial e intergubernamental para fomentar la entrega de servicios complementarios a la subvención económica, especialmente en las estrategias de promoción de salud y atención primaria, con enfoque gerontológico y de género y etnia; también sugieren hacerlo en la integración de los adultos mayores en redes de apoyo y fortalecimiento del tejido social en las comunidades receptoras de los apoyos. La revisión de evidencias realizada por Córdova et al. (2020,) ahonda en ello en base a datos del Censo 2017, y destaca la “necesidad de articular con las Direcciones Regionales de Salud y los establecimientos de salud local para brindar capacitaciones en temas de higiene, salud y mantenimiento del hogar,

dada el escaso acceso de los adultos mayores a los servicios básicos por red pública”. Mientras tanto, señala también que otro aspecto que cobra importancia es que aún se mantiene la brecha de alfabetismo funcional, como la de culminación de los estudios primarios y secundarios. En este aspecto, los CIAM, las Casas del Adulto Mayor y Programas Educativos Alternativos del MINEDU o el PRONAMA son vital importancia (p. 47). Ello implica contar con el apoyo operativo de los municipios o Gobiernos Locales.

Así, encontramos dos elementos a estudiar donde las evidencias sugieren la necesidad de desarrollar mejores hipótesis y teorías de cambio. Primero, la relación entre los subsidios financieros y la mejora en la salud de los beneficiarios; segundo, un aspecto que funcionaría como mecanismo causal: la articulación activa del Programa con los proveedores de salud, de modo tal que el uso y atención a los beneficiarios se incremente en cantidad y calidad.

1.2. El Sentido de las Visitas Domiciliarias y Remotas

Volviendo a la cadena de valor del Programa (Figura 1), encontramos que las visitas domiciliarias cumplen diversas funciones: acompañamiento a la salud física y emocional de los usuarios; seguimiento de condiciones de salud física; seguimiento de atenciones a casos derivados, verificación de la supervivencia; y, finalmente, el seguimiento a la entrega de la subvención monetaria. En este caso, la literatura sobre el equivalente a visitas domiciliarias remotas se puede ubicar bajo el paraguas de soporte telefónico.

En la literatura académica encontramos diversos estudios que dan cuenta de los efectos de llamadas telefónicas a personas adultas mayores. Por ejemplo, la revisión sistemática hecha por Cattán et al. (2005) evaluando la eficacia de intervenciones de promoción de la salud con el objetivo de atacar el aislamiento social y soledad no encontró resultados concluyentes en cuanto a visitas domiciliarias o llamadas

telefónicas. El estudio más reciente encontrado (Panagioti et al., 2018), donde se evalúa de manera aleatorizada la promoción de hábitos saludables en personas adultas mayores con comorbilidades no encuentra resultados estadísticamente relevantes. Sin embargo, también encontramos que Kolt et al. (2007) presenta hallazgos positivos en un ensayo aleatorizado en Nueva Zelanda donde se dan 8 sesiones de consejería en un periodo de 12 semanas para la promoción de actividades físicas, encontrándose un incremento de 90 minutos por semana en los ejercicios realizados en el grupo de tratamiento luego de 12 meses de intervención.

Enfocándonos en otra posible repercusión de la llamada en el hogar, encontramos la investigación de Smith and Toseland (2006), que presentan un estudio donde se da soporte telefónico con base en el manejo de emociones y estrategias de solución de problemas a hijos y esposas/esposos de personas adultas en estado de fragilidad. La intervención consistió en sesiones telefónicas grupales de 90 minutos durante 12 semanas. Los resultados fueron positivos para los hijos en términos de reducción de la carga y estrés del cuidado, así como un mayor conocimiento y uso de servicios comunitarios.

Por otro lado, algunos sistemas de pensiones también poseen mecanismos de visitas domiciliarias. Por ejemplo, el sistema de pensiones de Costa Rica (Willmore, 2007) contiene un sistema de visitas que cumple el objetivo de mejorar la identificación de los hogares vulnerables, de forma complementaria a una evaluación estandarizada de medios de vida. En el caso de República Dominicana³ y algunos estados en México⁴, las visitas cumplen la

³ Ver: <https://www.dgjp.gob.do/web/guest/visitas-domiciliarias> <http://www.issset.gob.mx/noticia.php?i=111> (fecha: 18/02/21)

⁴ Ver: <http://www.issset.gob.mx/noticia.php?i=111> (fecha: 18/02/21)

función de registro de nuevos pensionistas en caso de imposibilidad de traslado del mismo a una agencia previsional.

Finalmente, un aspecto importante de la evaluación es que la metodología utilizada para el recojo de información ha sido enteramente virtual. Tanto la validez como experiencias previas que han servido de guía para el uso de dicha metodología se encuentran detalladas en la sección Metodología. Al mismo tiempo, dado que hemos usado el mismo canal de comunicación que la intervención evaluada, ello también nos permite emitir ciertos juicios sobre la validez y limitaciones del diálogo como personas adultas mayores en contexto de vulnerabilidad en el país.

2. Objetivo de la Evaluación

Naturalmente, la relevancia del cuidado de la salud en el contexto del Programa Pensión 65 cobró mayor importancia en el año 2020 debido al COVID-19. Desde el Decreto Supremo 008-2020-SA, con fecha 11-03-2020, el cual declaraba la emergencia sanitaria a nivel nacional estableciendo medidas de prevención y control para evitar la propagación del virus, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y Pensión 65 emprenden una serie de modificaciones de cara a la atención a sus usuarios, la mitigación de efectos negativos (económicos, sociales, y en salud) a causa de la pandemia y la suspensión de actividades, así como la adaptación de los servicios.

De esta manera, el Programa Pensión 65, mediante decreto supremo 004-2020-MIDIS, de fecha 13-03-2020, es autorizado a efectuar transferencias monetarias adelantadas correspondiente a la relación bimestral de usuarios de los periodos marzo - abril y mayo - junio de 2020, según el total de usuarios abonados al mes de marzo de 2020, de acuerdo con

el Padrón General de Hogares – PGH. Otra modificación realizada, oficializada mediante Resolución Directoral 050-2020-MIDIS/P65-DE, es la aprobación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19).

Por tanto, el presente proyecto busca realizar una contribución a la política pública mediante la evaluación de los procesos de adaptación de los servicios complementarios de PENSIÓN 65, especialmente en lo que se refiere a la articulación con el sector Salud a partir de la implementación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19).

En este sentido, el estudio del acompañamiento remoto presenta dos objetivos. A corto plazo, el objetivo de la presente evaluación es identificar si la herramienta está cumpliendo con un rol útil como respuesta al COVID-19, encontrando oportunidades de mejora. En segundo lugar, se desea estudiar si se presenta como una oportunidad para establecer procesos y protocolos que permitan llegar a la población utilizando distintos medios para lograr los objetivos del Programa cuando este pueda volver a su funcionamiento habitual en un escenario post-pandemia.

Considerando que la nueva cadena de valor del Programa PENSION 65, dentro de sus actividades y productos, propone el acompañamiento a la salud física y emocional de los usuarios, que incluye visitas domiciliarias, seguimiento de condiciones de salud física y de atenciones a casos derivados, el protocolo de visitas domiciliarias remotas se presenta como una oportunidad como respuesta a la pandemia y para su extensión a actividades habituales del programa. Así, la obligada virtualización de las visitas se presenta aquí también como una oportunidad para el diseño de mecanismos innovadores, costo eficientes y eficaces que permitan establecer mejoras reales a la entrega de los servicios requeridos por la población.

De esta manera, la pregunta orientadora de nuestra evaluación se plantea, de forma propositiva: ¿Cómo se viene dando la implementación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19)?

En ese sentido, planteamos tres preguntas de evaluación específicas, las cuales están interconectadas entre sí bajo una lógica de entrega y demanda del servicio, busca responder de forma rigurosa al objetivo de la evaluación, con un foco importante en la traducción de los hallazgos en recomendaciones específicas para la política pública. En primer lugar, enfocándonos en los beneficiarios, buscamos profundizar en los procesos, tanto protocolizados como coordinaciones no estandarizadas, para identificar las acciones realizadas, su sostenibilidad, así como indagar las necesidades desatendidas por parte de los servicios de salud.

- ¿Cómo es la implementación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19)?
- ¿Cuáles son sus fortalezas, debilidades, cuellos de botella y potencialidades? En segundo lugar, se busca entender cuáles son las articulaciones que ocurren en el programa con el sector salud y otros organismos como municipalidades y actores de la sociedad civil.
- ¿Qué articulaciones realiza el programa Pensión 65 con el sector salud u otros sectores durante la pandemia con el objetivo de atender a los usuarios del programa?

3. Metodología

La estrategia propuesta para la evaluación de procesos se enfoca en el diseño e implementación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19) y considera la necesidad de evaluar los procesos de implementación combinando una perspectiva ‘de arriba hacia abajo’ con una perspectiva de ‘abajo hacia arriba’ (Schofield and Sausman, 2004).

El primer aspecto ‘de arriba hacia abajo’ está basado en un modelo razonado, normativo, de la implementación de políticas; el cual, en términos de una estrategia de evaluación de procesos, se traduce en el análisis de la idealización y diseño del programa, y en el contraste entre integridad del diseño y la implementación práctica, así como en los cuellos de botella que surgen de su ejecución.

El propósito de este examen es ofrecer recomendaciones que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de los programas y, a la vez, corregir errores (mejorar directivas, definir nuevas estrategias de atención y de capacitación, afinar los mecanismos de control, entre otros). Sin embargo, es fundamental considerar que no se espera una implementación rígida de un protocolo, sino que la fidelidad al mismo radica en su flexibilidad y eficiencia. Al mismo tiempo, el enfoque ‘de abajo hacia arriba’ sirve como mecanismo de retroalimentación que permita monitorear, comprender adaptaciones y atender a perspectivas de los actores, usuarios y beneficiarios.

Si bien estos dos enfoques pueden verse como opuestos, la literatura más reciente que busca evaluar procesos de implementación de políticas plantea la necesidad de integrarlos de modo que constituyan dos dimensiones de un mismo proceso evaluativo: el diseño y cómo éste es llevado a la práctica, y la experiencia de los actores finales, tanto los sujetos sobre los cuales se busca intervenir, como los actores responsables de llevar las intervenciones a la práctica. Por tanto, la estrategia de la presente evaluación de procesos propone el uso de un

modelo integrado de evaluación de procesos que da cuenta del encuentro entre ambos enfoques anteriormente mencionados. Metodológicamente, el estudio se divide en tres componentes secuenciales descritos a continuación.

3.1. Análisis Cuantitativo

3.1.1. Análisis Descriptivo e Inferencial.

La evaluación contó con un análisis cuantitativo, tanto descriptivo e inferencial, de la base de datos de las visitas remotas, cuyo mayor énfasis fue la identificación de factores de riesgo y la categorización de estos realizada por Pensión 65.

La base de datos comprende información desde el inicio de la implementación del servicio hasta el día 15 de noviembre, fecha en la que el equipo del Programa P65 nos remitió la base de datos anonimizada. La Tabla 1 presenta estadística descriptiva de la base de datos donde se observa el número de usuarios (559,532 observaciones) y respondientes (335,664). Observamos las distintas secciones de datos recogidas relacionadas a datos sociodemográficos, preguntas relacionadas a exposición al COVID, enfermedades preexistentes, indicios de ser víctimas de violencia, y, finalmente, la capacitación realizada vía telefónica.

Tabla 1

Estadística Descriptiva Base de datos – Protocolo de visitas domiciliarias

VARIABLE	N	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad	559532	76.6	6.7
Número de visitas	335644	1.2	1.2
	FEMENINIO	MASCULINO	
Sexo	55.6%	44.4%	
	SI	NO	NO SABE

Usuario visitado	49.9%	50.1%	-
Usuario acceso celular	60.0%	40.0%	-
Contacto con alguien con COVID-19	0.2%	99.6%	0.2%
En casa alguien con COVID-19	0.1%	99.9%	0.005%
Ha acudido establecimiento con COVID-19	0.1%	99.7%	0.2%
Aislamiento domiciliario	67.4%	32.6%	
Alimentación adecuada	69.8%	30.2%	
Cáncer	0.3%	99.4%	0.3%
Enfermedad cardiovascular	1.2%	98.7%	0.1%
Diabetes	1.3%	98.3%	0.3%
Dificultad para respirar	1.3%	98.5%	0.3%
Discapacidad severa	5.6%	94.4%	
Dolor garganta	0.8%	98.8%	0.4%
Fiebre	0.3%	99.5%	0.2%
Hipertensión	6.5%	93.2%	0.3%
Congestión nasal	1.2%	98.6%	0.1%
Pulmonar	0.6%	99.0%	0.3%
Tos	1.9%	97.7%	0.4%
salud mental	38.6%	61.4%	
Otra comorbilidad	6.0%	94.0%	
Ha sufrido violencia física	0.01%	99.99%	
Ha sufrido violencia sexual	0.01%	99.99%	
Ha sufrido violencia económica	0.003%	99.997%	
Ha sufrido violencia psicológica	0.01%	99.99%	
Ha sufrido violencia de abandono	0.01%	99.99%	

Lavado de manos	84.8%	15.2%	
Técnica correcta de estornudo	67.0%	33.0%	
Uso adecuado de mascarilla	81.9%	18.1%	
Capacitación violencia	0.02%	99.98%	
Educación financiera	52.4%	47.6%	
Distanciamiento social	78.0%	22.0%	

Fuente: Pensión 65. Elaboración propia.

El primer paso del estudio consiste en el análisis de datos secundarios de la base de datos que registra las llamadas telefónicas a los beneficiarios de Pensión 65. Se identificaron así casos de variables con valores perdidos o considerados fuera de lo esperado. En segundo lugar, luego de realizar la limpieza correspondiente de la base de datos, se unieron otras bases como el padrón de beneficiarios del programa Pensión 65 para analizar la asociación de las llamadas a otros indicadores importantes. Este análisis se realizó en los niveles departamental, provincial y distrital. Se adjuntaron algunos indicadores de pobreza (Índice de desarrollo humano y Necesidades básicas insatisfechas) de salud y de ruralidad, los cuales fueron ponderados por la población de la unidad de análisis.

El análisis descriptivo se realizó desagregando por Departamento, Provincia y Distrito, y estudia correlaciones relevantes entre las variables sociodemográficas, de cantidad de usuarios (Cobertura de la intervención), así como de zonas de mayor prevalencia de personas de riesgo (en comparación a estimaciones de casos/fallecimientos del COVID). El objetivo del análisis fue evaluar la robustez de la información, e identificar patrones temporales, geográficos y demográficos en la población encuestada.

También se realizó un ejercicio de relacionar llamadas a otros indicadores relevantes de salud, COVID-19 y pobreza. Se hizo con una doble finalidad: primero, aun conociendo que la intervención no tenía un carácter focalizado, se busca ejemplificar el cómo la utilización de datos secundarios permitiría tomar decisiones sensibles en torno a posibles priorizaciones de acciones -dada la escasez de recursos para realizar las llamadas-. Decisiones, por ejemplo, relacionadas a priorizar áreas donde los servicios de salud son más limitados, la prevalencia de enfermedades respiratorias es más alta o la incidencia del COVID-19 o de pobreza son mayores. Esto podría permitir darles mayor atención a aquellos más vulnerables entre los vulnerables. Otro objetivo es evaluar utilizando proxis sociales, con la finalidad de determinar si las llamadas tienden a cubrir ciertos grupos poblaciones en desmedro de otros. La hipótesis subyacente al análisis inferencial es la existencia de priorizaciones en términos de atención a las poblaciones más vulnerables, aún considerando que el universo de beneficiarios es vulnerable.

3.1.2. Evaluación de Impacto Cuasiexperimental

En el mes de mayo de 2021, el equipo evaluador recibió dos bases de datos con códigos de identificación comunes a nivel de beneficiarios: una base de las visitas del Programa, y otro listado de fallecimientos entre el mes de marzo del 2020 y abril del 2021. Ello permitió el desarrollo de un diseño cuasi-experimental que busca identificar de forma causal la contribución de las visitas remotas en la mortalidad de los beneficiarios. Por este motivo, se optó por utilizar la técnica conocida en inglés como *Coarsened Exact Matching* (CEM) utilizada por Iacus, King, & Porro (2010).

El CEM empareja de forma exacta que han sido previamente agrupadas en grupos más gruesos (de ahí la denominación coarsened). Este método de emparejamiento busca

simular las condiciones de un experimento de bloques aleatorizados, que se presenta como una alternativa a propuestas de emparejamiento como la de propensión por resultado, que tiende a producir un desbalance importante en entre grupos (King et al., 2019). En este método, las covariables seleccionadas (edad, sexo, tipo de centro poblado, departamento y provincia) se agrupan y se utiliza un cruce completo de las covariables aproximadas para formar subclases definidas por cada combinación de los niveles de covariables aproximadas. Cualquier subclase que no contenga unidades tratadas y de control se descarta, lo que deja solo subclases que contienen unidades de tratamiento y control que son exactamente iguales en las covariables aproximadas.

Un segundo paso consiste, en base a la muestra emparejada, modelar una ecuación logística que permita medir el efecto del tratamiento (visitas remotas) en la muestra emparejada, conocido en inglés como “average treatment effect in the remaining matched sample (ATM)”, de la siguiente forma:

$$\log(\text{Fallecimientos}) = \beta_0 + \beta_1 * \text{Visitas} + \beta_2 * X_1 + \dots + \beta_n * X_n + \epsilon$$

Donde el parámetro de interés es β_1 , *Visitas*, y tiene la forma de una variable dicotómica donde 1 corresponde a haber recibido al menos una visita remota y 0 corresponde a no haberla recibido, y $X_1 \dots X_n$ corresponden a las covariables utilizadas en las distintas especificaciones tales como edad, sexo, tipo de centro poblado y departamento. En las regresiones se utilizan los pesos producidos en el emparejamiento, y se computan errores estándares robustos. Finalmente, de forma a hacer el análisis más robusto, hemos propuestos diversas configuraciones de emparejamiento como los vecinos más cercanos (nearest neighbour), y el modelamiento para confirmar la consistencia de los resultados.

3.2. Recojo Primario de Datos Cualitativos y Sistematización del Proceso de Visitas

Remotas en Pensión 65

Un segundo paso en el estudio, que se realizó en las regiones identificadas previamente, consistió en la etapa cualitativa de la evaluación. Para ello, se realizó un mapeo del proceso de producción, distribución, y uso de la información generada mediante el “acompañamiento remoto.” Se realizaron entrevistas virtuales a los actores claves en Pensión 65 y a los usuarios y familiares del Programa. También se realizó una revisión y análisis documentario de la información oficial sobre la intervención. Aunque se estableció en el diseño de la evaluación que se realizarían entrevistas a enlaces en gobiernos regionales o locales mediante la técnica bola de nieve (donde los que reciben la llamada dan información y contacto para la llamada al siguiente actor), en ningún caso se logró información de contacto relevante, lo cual en sí se presenta como un hallazgo de la evaluación.

La sistematización buscó documentar las etapas y coordinaciones, encontrar los puntos fuertes y vacíos en términos de documentación, protocolos y, especialmente, el uso de la información. Dado que la atención de casos de COVID no se puede vincular a la base de datos de Pensión 65, se contactaron casos de forma aleatoria y se indagó sobre acciones relacionadas a la pandemia a nivel del beneficiario.

Para esta etapa fueron elaborados diversos instrumentos semi-abiertos que buscaban capturar elementos principales de la intervención. En el caso de las entrevistas a los gestores, el instrumento se estructuró siguiendo una lógica de ciclo de política, enfocándose en el diseño, planificación, implementación y evaluación de la intervención. Así, con una perspectiva de arriba hacia abajo, se buscaron recoger similitudes, diferencias, perspectivas distintas para así sistematizar los procesos, identificar cuellos de botella y dar cuenta de las

lecciones aprendidas y mejoras implementadas. Por otro lado, en el instrumento centrado en los beneficiarios se buscó comprender patrones comunes en las comunicaciones realizadas, la percepción de los usuarios, y los beneficios reportados sobre las llamadas. Los instrumentos finales y validados se encuentran en el apéndice de este documento.

Cabe destacar que la población beneficiada entrevistada es vulnerable en diversos aspectos en tanto: son personas mayores, indígenas, en situación de pobreza, usualmente con dificultades para comunicarse en castellano, y su número más importante es de mujeres. Adicionalmente, las condiciones de salud, o procesos de deterioro cognitivo como fallas de memoria, pueden significar desafíos adicionales para el recojo de datos de forma fiable. Aunque estuvimos preparados para lidiar con personas que no entendieran el castellano, en ninguno de los casos fue necesario.

La realización de entrevistas fue virtual debido a las condiciones de la pandemia. Para ello se revisó literatura académica relevante para recoger recomendaciones y lecciones aprendidas en el campo de la evaluación y que ha sido aplicada a realidades complejas como la evaluación de conocimientos (Angrist et al., 2020; Latif, 2013). También nos basamos en el levantamiento realizado durante la pandemia por el Estudio Longitudinal de Longevidad en el Brasil (Lima-Costa et al., 2020), que da cuenta tanto de métodos y hallazgos que consideramos relevantes. Estos son discutidos de forma extendida en la sección de Recomendaciones del estudio.

En síntesis, identificamos que las recomendaciones metodológicas se concentran en tres elementos: el pilotaje de los instrumentos con los beneficiarios (que se realizó en ocho llamadas iniciales a beneficiarios), la utilización de un software seguro para la grabación de las entrevistas, y la estructuración simple y lógica de preguntas. Estos aspectos fueron considerados en el proceso de recojo de datos.

La presente investigación cuenta con la aprobación del comité de ética de investigación de la Universidad Católica San Pablo, quienes han tenido que sesionar de forma virtual retrasando con ello su cronograma. Debido a las circunstancias de la pandemia, han separado la aprobación de la investigación en dos partes. Por un lado, la aprobación del diseño de la evaluación se dio el día 28 de abril, y por otra parte han solicitado que los instrumentos y plan de recolección de datos sea presentado de forma posterior. Posteriormente, con el rediseño de la evaluación, se volvió a presentar el proyecto e instrumentos para su aprobación en el mes de octubre. El documento de aprobación ha sido adjuntado en el informe parcial.

3.2.1. Muestra para Análisis Cualitativo

La muestra cualitativa ha de ser entendida como dos estudios de caso. Comparados y analizados en conjunto, estos estudios proveen información sobre los procesos ejecutados. Las regiones seleccionadas fueron Cajamarca y San Martín.

Buscando que la evaluación pudiera captar la diversidad y los extremos, luego del análisis cualitativo se seleccionaron dos regiones que se consideraron atípicas: San Martín, por resultados de eficacia superiores al promedio, y Cajamarca, por sus resultados inferiores al promedio. A la vez, son regiones con un número relevante de beneficiarios (Cajamarca tiene 63387 empadronados y San Martín cuenta con 20367), lo que permite capturar información de regiones con una importancia relativa para el Programa. Además, representan dos espacios geográficos distintos donde prevalece la población en áreas andinas en el primer caso, y en áreas amazónicas, en el segundo caso. Adicionalmente, la sección de resultados dará cuenta de los hallazgos que justificaron la selección de la muestra.

Los beneficiarios para entrevistar fueron aleatoriamente seleccionados por los jefes de cada unidad territorial, a quienes se solicitó la entrega de una lista de 50 teléfonos por región que hubieran recibido una llamada (en el caso de San Martín, el reporte señala que la totalidad de beneficiarios con teléfono ha recibido al menos una llamada). Además, se hicieron entrevistas a los responsables de la intervención, a los jefes de unidades territoriales y a tres promotores del Programa en los territorios (ver Tabla 2). La razón por la que se realizó una selección aleatoria se justifica en términos de evitar o mitigar sesgos de selección y no busca realizar una representación geográfica, o de otra naturaleza, de la población beneficiaria.

En total se realizaron 66 llamadas a beneficiarios con una duración en promedio de 15 minutos. En Cajamarca se realizaron menos entrevistas debido a que se contó con un menor número de teléfonos. De los 51 números telefónicos proporcionados 27 contestaron, 14 no contestaron y 10 se registraron como no existentes o no coincidente con el del usuario. Por otro lado, en San Martín, se realizó una prueba piloto con 8 llamadas y con los números restantes (82) se obtuvieron 39 entrevistas, 33 no contestaron, 10 figuran como no existentes. En todos los casos donde no hubo respuestas, se intentó al menos 3 veces adicionales. Las llamadas telefónicas fueron realizadas entre los días 5 y 23 de diciembre.

Las llamadas contestadas en ambas regiones son muy similares, y corresponden al 52.9% y 52.2% del total para Cajamarca y San Martín, mientras que los valores de llamadas no contestadas y teléfonos no existentes varía de forma importante. La muestra de Cajamarca presenta 19.6% de teléfonos no existentes, valor que se reduce a 11.1% en caso de San Martín.

Tabla 2

Datos anonimizados de entrevistados que laboran en el Programa Pensión 65

Entrevistado/a	Tiempo en el cargo	Región	Sexo
#1	< 1 año	Lima (Central)	Femenino
#2	> 1 año	Lima (Central)	Masculino
#3	> 1 año	Cajamarca	Masculino
#4	> 5 años	San Martín	Masculino
#5	> 3 años	Cajamarca	Femenino
#6	> 5 años	Cajamarca	Femenino
#7	> 5 años	San Martín	Masculino

Fuente: Pensión 65. Elaboración propia.

3.3. Cambio de Diseño de la Evaluación

A modo de registro histórico, dejamos constancia de que el presente diseño difiere de forma fundamental de la propuesta original de evaluación (ver documentos presentados anteriormente), producida para el Concurso CIES 2019 de forma previa a la erupción de la pandemia y a las medidas de mitigación surgidas a partir del decreto supremo 116-2020-PCM vigente, y sus modificaciones, que extienden el estado de Emergencia Nacional durante varios meses.

Según consta en documento enviado, desde el mes de mayo se juzgó que el trabajo de campo presencial pudiera darse a partir de la segunda quincena de septiembre, mientras que el trabajo de campo virtual (recolección de datos de funcionarios) a partir de la quincena de julio. Como parte del proceso de evaluación, sostuvimos una conversación con el responsable del enlace del Programa Pensión 65 con el equipo investigador en el mes de julio, el cual contó con la valiosa colaboración del equipo del CIES. La finalidad de la reunión, de acuerdo con lo planificado, se dividía en dos: 1) realizar el proceso de validación de instrumentos; y 2) la coordinación del trabajo de campo. En la reunión se alcanzaron

algunos consensos brevemente aquí expuestos y que serán desarrollados en mayor extensión en el informe parcial a ser presentado próximamente en la fecha previamente acordada.

En primer lugar, la evaluación de los procesos de articulación entre Pensión 65 y el área de salud ha sido gravemente alterada en los últimos seis meses debido a la pandemia, a tal punto que la totalidad de acciones presenciales de articulación de salud y Pensión se han suspendido de forma aún indeterminada. En segundo lugar, aunque la matriz de instrumentos fue bien valorada por distintas partes (incluyendo una consulta al equipo de evaluación del MIDIS), hay un fuerte consenso en que el recojo de información virtual a personas adultas mayores en situación de pobreza presentará desafíos importantes en términos de memoria, precisión de la información, problemas de comprensión, entre otros. Lo que podría funcionar como un instrumento de recojo de información asistido donde el entrevistador puede tener un rol activo en la búsqueda de respuestas se dificulta enormemente mediante un medio telefónico.

La posibilidad de recolectar información de poca calidad y muy genérica pone en riesgo la robustez de la evaluación. Ello ha sido confirmado a partir de la experiencia masiva del equipo de Pensión 65 de realizar acompañamiento remoto vía telefónica, cuyos aprendizajes han sido resumidos en que solo pueden hacerse pocas preguntas sencillas, y contando con los familiares, así como también sabiendo que no se puede llegar al menos a la mitad de la población beneficiaria. En tercer lugar, Pensión 65 ha venido implementando este proyecto de acompañamiento remoto vía telefónica, que viene realizando de manera activa a través de toda su red de protección social. Se viene produciendo información valiosa que permite la toma de decisiones durante la pandemia.

4. Resultados

Este apartado presenta los hallazgos de la evaluación en sus dos componentes, para serán discutidos e integrados en la siguiente sección. Comenzamos por los hallazgos cuantitativos, que son además los que nos permitieron discutir y seleccionar las regiones para el trabajo de campo cualitativo.

4.1. Análisis Cuantitativo

La tabla 3, presentada a continuación, nos muestra que 49.87% de usuarios cuenta con línea telefónica. Del total de usuarios con teléfono, el 83% recibió al menos una visita remota (n= 231,616).

Tabla 3

Usuarios y Posesión de Celular en Pensión 65 – Noviembre 2020

Usuarios con posesión de celular	Cantidad	Con posesión de celular (%)	Posesión de celular y recibieron llamada remota (%)	Recibieron visita remota
Sí	279,056	49.87	83	231,616
No	280,476	50.13		
Total	559,532			

Fuente: Pensión 65. Elaboración propia.

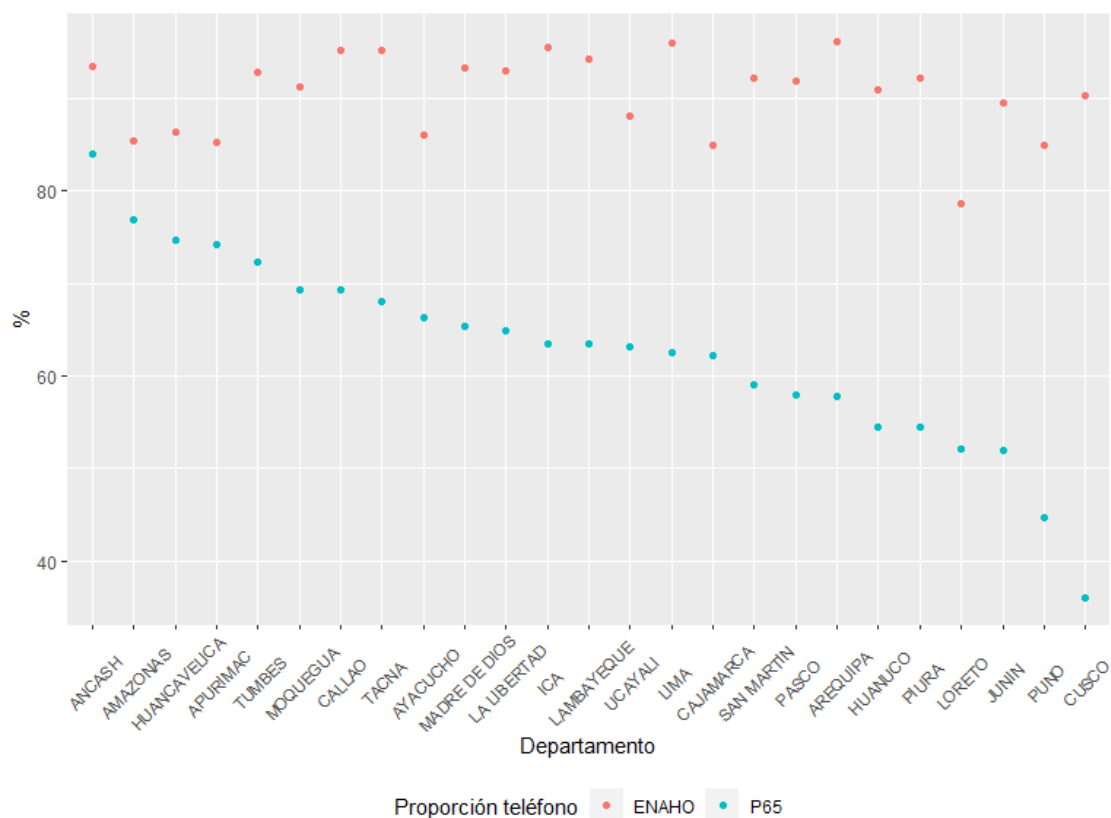
Para evaluar la correspondencia entre la base de datos con teléfonos y la realidad del país, presentamos el siguiente gráfico con datos provenientes de ENAHO 2019 sobre la proporción de hogares con al menos teléfono celular (rojo) y el porcentaje de beneficiarios de Pensión 65 con un teléfono reportado (verde). Considerando un error de muestra del 5%, el intervalo de confianza -IC- al 95% sugiere rangos entre 77.7% y 79.7%, observamos que la ENAHO estima la posesión de celulares en un rango que varía entre 78.7% (en Loreto alcanzando 96.2% en Arequipa con un IC 95% 95.2% - 97.2%).

Por otro lado, el porcentaje de usuarios con teléfonos reportados por Pensión 65 varía entre 36% en el caso de Cusco y 84% en el caso de Amazonas (no calculamos IC dado que consideramos que no es una muestra). Aunque se esperaría una correlación robusta entre ambos (debido a Ley de Grandes Números), ello no es el caso, sino más bien, la correlación es inexistente, $r(25) = .13$, $p > .05$. Ello sugeriría la existencia de disparidades en cuanto a la obtención de teléfonos por parte de las diversas regiones del país, donde Ancash, Huancavelica, Amazonas y Apurímac sobresalen positivamente mientras que Puno y Cusco sobresalen negativamente.

Se esperan ciertas discrepancias entre las estimaciones de ENAHO y los datos administrativos de Pensión 65 -dadas las características propias de la población del Programa, conformada por adultos mayores y en situación de pobreza-. A modo de comparación, a nivel nacional, se encuentra que el 78,2% de población de más de 60 años usa el celular (Bonett et al., 2019). Sin embargo, al estudiar las diferencias, encontramos que mientras algunas regiones como Amazonas, Ancash, Apurímac y Huancavelica presentan diferencias entre 8.5% y 12% entre ENAHO y Pensión 65, las regiones de Puno y Cusco presentan diferencias sobre el 40%. Adicionalmente, las regiones de Lambayeque, Ica, San Martín, Lima, Pasco, Huánuco, Junín, Piura y Arequipa presentan diferencias entre el 30% y 40%, lo que sugeriría que existe un sub-registro de teléfonos en el Programa en dichas regiones (Figura 2).

Figura 2

Proporción de Posesión de Teléfono por Región



Fuentes: Pensión 65 a noviembre 2020 y ENAHO 2019

Para estudiar la eficacia de la intervención, proponemos la creación de la variable *cobertura de llamadas*, que consiste en la proporción del número de visitas remotas dividido entre el número de personas beneficiadas al programa según el padrón de beneficiarios. Las unidades de análisis serán los tres niveles departamental, provincial y distrital.

La fórmula, por ejemplo, a nivel distrital, tiene la siguiente notación:

$$Cobertura_{distrital} = \frac{Numero\ Llamadas_{distrital}}{Total\ Beneficiarios_{distrital}}$$

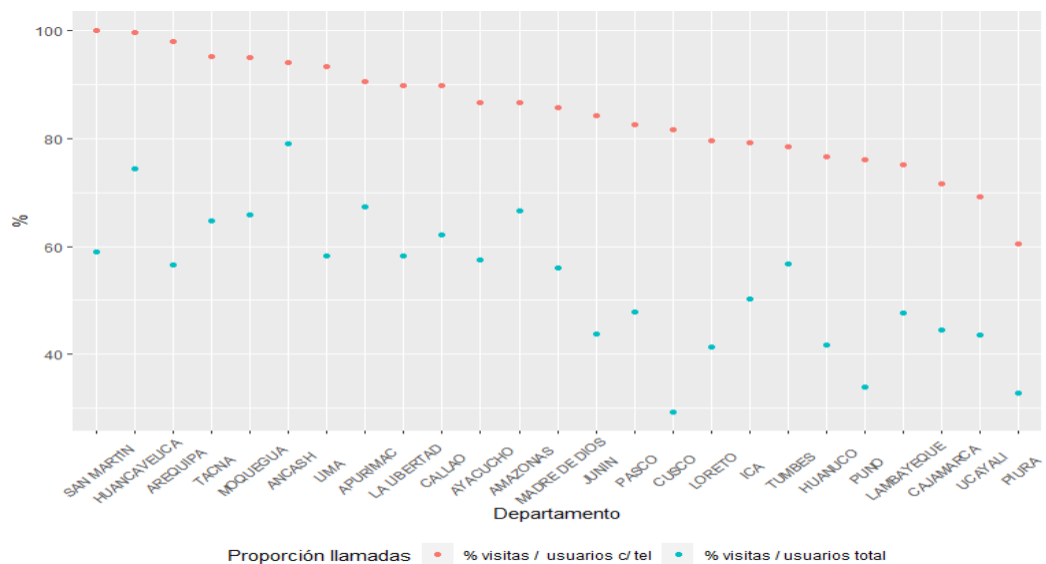
Enfocándonos en la cobertura de llamadas, la Figura 3 presenta el porcentaje de usuarios que cuentan con teléfono registrado en el Programa que fueron visitados (rojo) y el porcentaje total de usuarios visitados (verde). Mientras tanto, los reportes llegan al 100% en

casos como Huancavelica y San Martín en un extremo, se encuentran menores a 70% en Piura y Ucayali.

Ajustando los valores ajustados a la totalidad de usuarios de Pensión, encontramos una mayor cobertura bruta en las regiones de Ancash y Huancavelica, con porcentajes cercanos al 80% y las regiones de Cusco, Puno y Piura con porcentajes inferiores al 40%. A nivel distrital encontramos mayor cobertura en distritos como San Martín: Habana, Moyobamba El Eslabón y Bellavista, con valores superiores a cuatro llamadas por beneficiario.

Figura 3

Proporción de Usuarios con Teléfono y Llamadas Realizadas



Fuente: Pensión 65

Enfocándonos en las llamadas realizadas a los usuarios, encontramos que éstas varían de forma importante de acuerdo con las regiones, donde se encuentran usuarios que han

recibido hasta 31 llamadas. Las regiones de San Martín, Cajamarca (mayor número de beneficiarios) y Ancash concentran el 39.4% de las llamadas realizadas (164,873 de 417,611), mientras que los departamentos con menos llamadas son Callao, Tacna y Madre de Dios, departamentos que se caracterizan también por estar entre aquellos con la menor cantidad de beneficiarios.

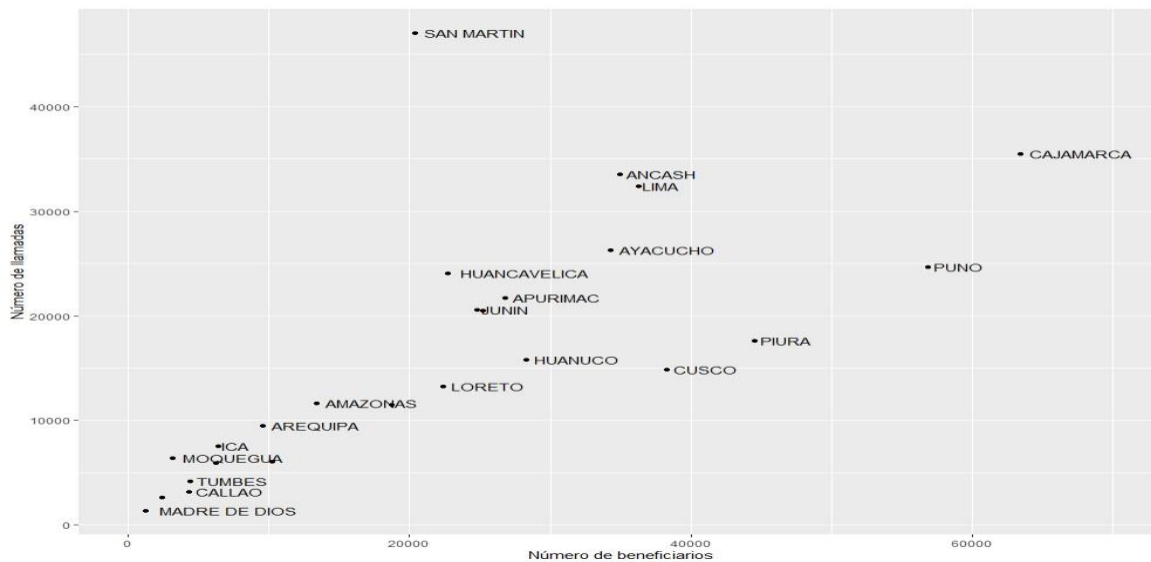
La Figura 4 da cuenta de la asociación entre el número de usuarios del Programa y el número de llamadas que han recibido. Esto se entiende como un índice de cobertura de las visitas domiciliarias, que puede analizarse a nivel departamental, provincial y/o distrital. A nivel departamental, donde encontramos una correlación que puede ser considerada como robusta entre ambas, $r(23) = .71, p < .001$.

Los departamentos de San Martín y Moquegua presentan la mayor cantidad de visitas remotas por beneficiario, con un promedio cercano a 3.9 y 3.0 llamadas respectivamente, mientras que los departamentos de Callao, Puno, Apurímac y Ancash son aquellos con menor media, cercana a 1.2 llamadas por beneficiario. A nivel provincial existe una correlación que puede ser considerada como robusta entre ambas variables, $r(194) = 0.8, p < .001$.

No obstante, las provincias de Lima y Moyobamba se presentan notoriamente por encima de la línea de predicción; análogamente, Piura, por debajo de la misma. Finalmente, a nivel distrital existe una correlación que puede ser considerada como ligeramente alta entre ambas variables, $r(1845) = 0.7, p < .001$. Por otro lado, se observan muchos distritos que están notoriamente por encima y por debajo del gráfico de la línea de predicción. Resalta negativamente Bambamarca; mientras que positivamente, Carabaylo, Moyobamba y Moquegua.

Figura 4:

*Cantidad de Usuarios del Programa y Llamadas Realizadas por el Protocolo de Visitas
Domiciliarias a Noviembre 2020 – Nivel Departamental*



Fuente: Pensión 65

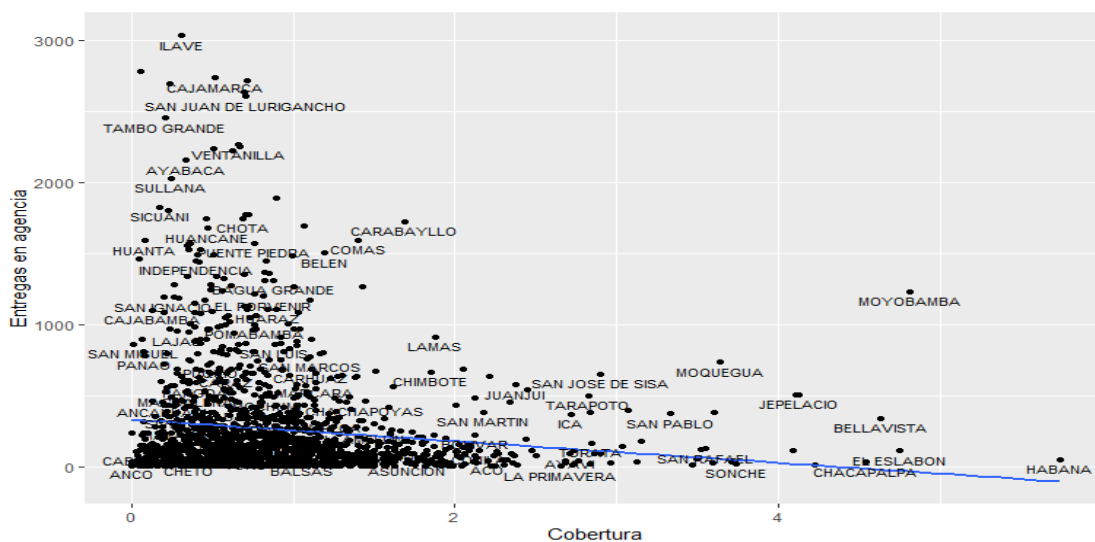
Como un proxy de accesibilidad, utilizamos la distribución de usuarios que utilizan agencias del Banco de la Nación, en áreas urbanas y los que reciben el beneficio mediante transportes de valores, en áreas rurales.

Los resultados indican que existe una correlación negativa, aunque muy débil entre el Número de entregas en agencia y la cobertura de llamadas a nivel distrital, ($r(1631) = -0.13$, $p < 0.001$). De igual forma se observa en con el número de entregas mediante la transportadora, ($r(568) = -0.22$, $p < 0.001$). Ello se puede observar en la Figuras 5 y 6, respectivamente, donde la línea azul representa la línea de predicción.

Figura 5

Número de Entregas en Agencia y Cobertura Visitas Domiciliarias a Noviembre 2020 -

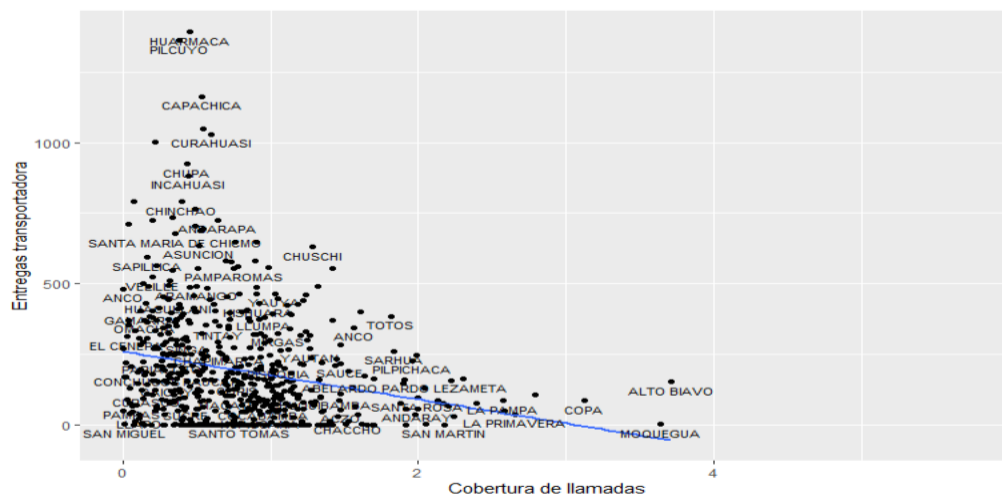
Distritos



Fuente: Pensión 65.

Figura 6

Número de Entregas Mediante Transportadora y Cobertura Visitas Domiciliarias a
 Noviembre 2020 - Distritos



Fuente: Pensión 65

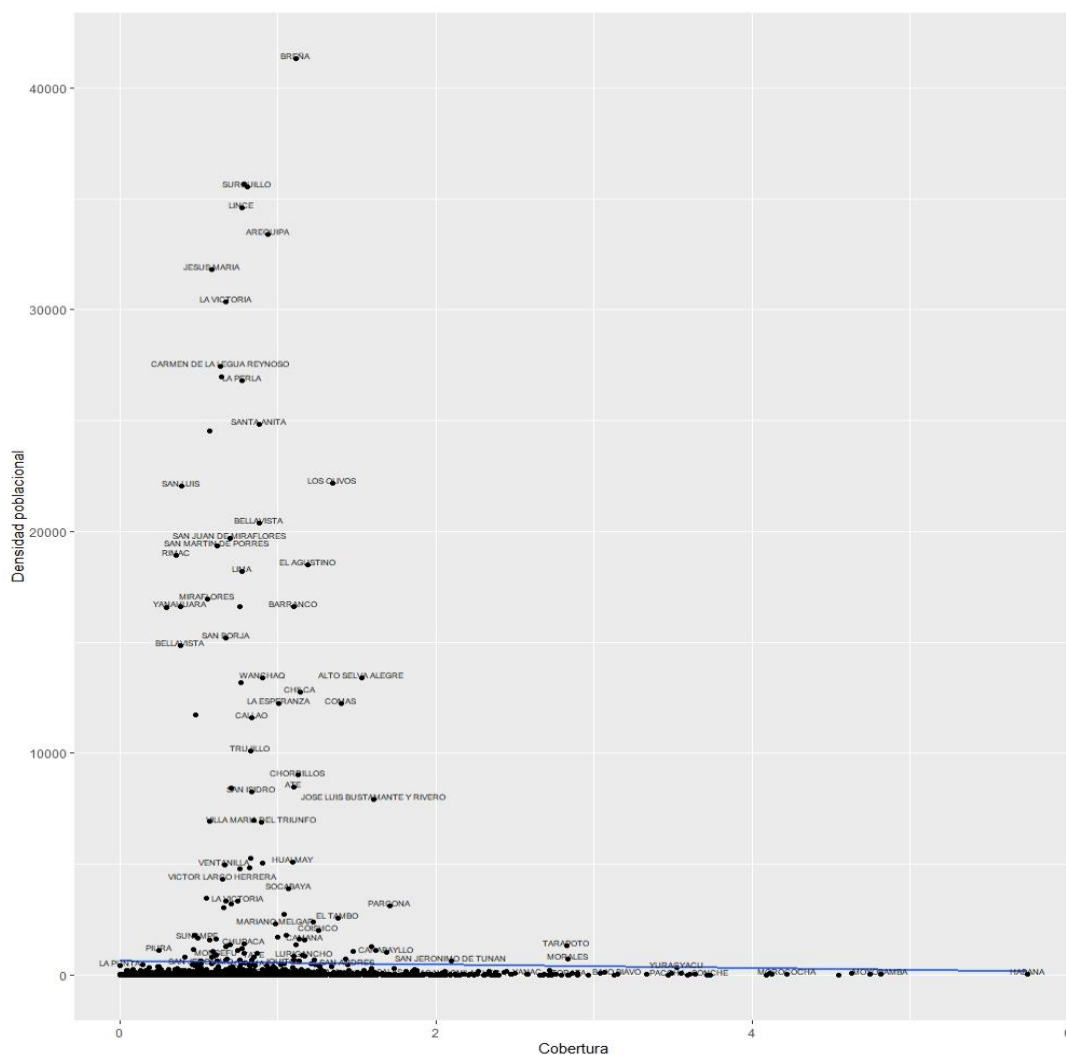
Debido a que las variables *entregas transportadora* y *entregas en agencia* fueron elegidas como proxys de accesibilidad, se desprende que no hay mayores diferencias en la relación de ambos contextos con la cobertura de llamadas. En otras palabras, la ruralidad o la urbanidad parecen no ser factores de concentración de llamadas en los distritos.

Utilizamos la densidad poblacional medida como población en kilómetros cuadrados, provista por el INEI en el año 2019. La usamos como una variable de interés que refleja la dispersión de la población, y como proxy, de la ruralidad distrital. La figura 7 muestra que no existe una correlación lineal entre ambas variables ($r(1857) = -0.02$, $p = 0.5$), donde se evidencian dos grupos de distritos.

Por un lado, se encuentra un grupo a la izquierda del gráfico, donde la densidad varía de forma significativa, desde valores próximos a 0 hasta 41,000 personas por kilómetros cuadrado en el distrito de Breña, en Lima Metropolitana, donde la cobertura se mantiene en el rango entre 0 y 2. Por otro lado, se encuentran diferencias en cuánto a la cobertura (en el eje horizontal), sin una asociación a densidad poblacional.

Figura 7

Densidad Poblacional y Cobertura de Visitas Domiciliarias a Noviembre 2020 - Distritos



Fuente: Pensión 65

Cuando analizada la proporción de llamadas realizadas por tipo de centro poblado (amazónico o andino), encontramos que las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica muestran el mayor porcentaje de llamadas realizadas en centros poblados considerados por Pensión 65 como comunidades andinas (entre 71.4% y 82.1% del total de llamadas en la región) mientras que las regiones de Loreto, Madre de Dios y San Martín presentan los

valores más altos para centros poblados considerados como amazónicos, en un rango entre 10.9% y 14.5%, significativamente más bajos que los anteriores (ver Tabla 4). Dos hipótesis se pueden plantear para explicar dichas diferencias: por un lado, el hecho de que los usuarios de Pensión de las regiones de Loreto y Madre Dios presentan un porcentaje menor de teléfonos; y, por otro lado, las comunidades amazónicas tienden a encontrarse en áreas más alejadas de centros urbanos y con menor conectividad -como se observa en el mapa de cobertura de OSIPTEL⁵-.

Tabla 4

Regiones con mayor proporción de llamadas a usuarios en centros poblados andinos o amazónicos en Pensión 65 – noviembre 2020	Tipo de centro poblado	Total de llamadas	% del total regional
Departamento			
APURIMAC	Andino	13229	73.4
AYACUCHO	Andino	14090	71.4
HUANCAVELICA	Andino	13838	82.1
LORETO	Amazónico	1009	10.9
MADRE DE DIOS	Amazónico	104	14.5
SAN MARTIN	Amazónico	1486	12.4

Fuente: Pensión 65

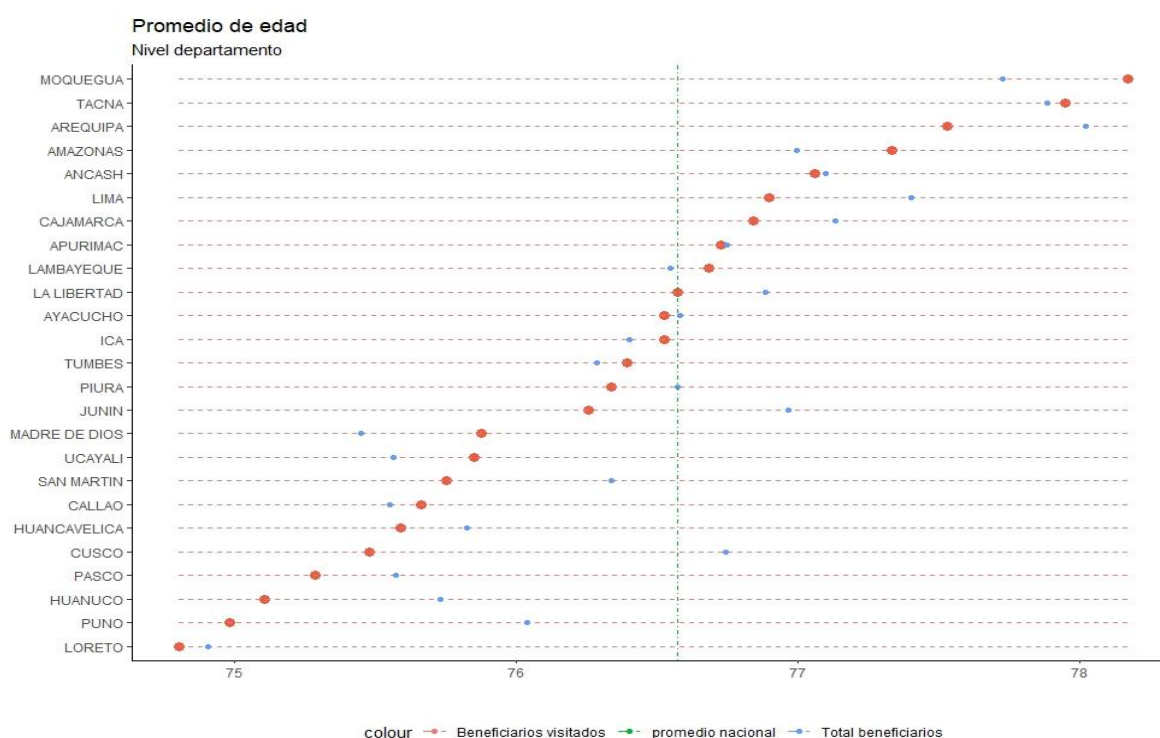
En cuanto al perfil de los beneficiarios visitados, encontramos una edad promedio de 76.3 años con una desviación estándar de 6.6 años. Analizando los datos a nivel departamental, podemos apreciar que la mayor media de edad de encuestados se da en Moquegua con 78.2 años, mientras que la de menor media es Loreto con 74.8 años. La Figura 8 muestra el promedio de edad de los beneficiarios visitados (rojo) y el total de beneficiarios

⁵ Ver: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/cobertura-de-servicio-m%C3%B3vil-osiptel>

(verde), donde se observan casos como Puno y Cusco donde el promedio de la población visitada es menor al promedio total por al menos un año. Mientras tanto, en el resto de los casos las diferencias son menos relevantes. Madre de Dios, Moquegua y Amazonas destacan como departamentos donde el promedio de edad de los que recibieron visitas es superior al promedio general del departamento. Caso contrario se da en al menos en 15 departamentos, lo que sugiere limitaciones de acceso a las visitas remotas a poblaciones con mayor edad.

Figura 8

*Promedios de Edad a Nivel Departamental de Beneficiarios y Receptores de Llamadas -
Noviembre 2020 - Distritos*



Fuente: Pensión 65

A los beneficiarios o sus familiares se les preguntó por la incidencia de ciertas morbilidades. La tabla 5 muestra las dos regiones donde se encuentra la mayor incidencia. Por ejemplo, encontró que en Tumbes se tiene el mayor porcentaje de encuestados que

manifiesta tener hipertensión con un 24.4%, seguido de Lambayeque con 19.7%. Los demás valores más altos por cada variable se encuentran en rangos entre 0.6% (fiebre, Cajamarca) y 6.4% (tos, Apurimac). Llama la atención que Cajamarca y Lambayeque aparezcan diversas veces en la lista.

Tabla 5

Regiones con Mayor Incidencia de Auto Reporte de Morbilidades Mediante Llamadas a Usuarios en Pensión 65 – noviembre 2020

Morbilidad	Región	Porcentaje incidencia
Cáncer	CAJAMARCA	0.74
Cáncer	LAMBAYEQUE	0.75
Cardiovascular	CAJAMARCA	3.53
Cardiovascular	TUMBES	2.43
Diabetes	CALLAO	5.05
Diabetes	TUMBES	5.54
Dificultad respirar	CAJAMARCA	3.3
Dificultad respirar	TUMBES	2.95
Dolor garganta	CAJAMARCA	2.4
Dolor garganta	ICA	1.98
Fiebre	CAJAMARCA	0.59
Fiebre	LAMBAYEQUE	0.75
Hipertensión	LAMBAYEQUE	19.7
Hipertensión	TUMBES	24.44
Congestión nasal	CAJAMARCA	3.38
Congestión nasal	LAMBAYEQUE	5.93
Otra comorbilidad	LORETO	12.18
Otra comorbilidad	TUMBES	10.13
Pulmonar	CALLAO	1.64
Pulmonar	LAMBAYEQUE	2.46
Tos	APURIMAC	6.38
Tos	LAMBAYEQUE	3.93

Fuente: Pensión 65

Profundizando en la dimensión salud, los promotores preguntan por asuntos relacionados al COVID-19 (ver Tabla 6). Encontramos así que Moquegua es el departamento con el mayor porcentaje de encuestados que indicaron haber tenido contacto con una persona

COVID-19 positivo (1.2%), seguido de Ica (0.8%), y también es la región con el mayor porcentaje de encuestados que han tenido una persona en casa diagnosticada con la COVID-19 (0.9%), lo que triplica la siguiente región (Loreto, con 0.28%).

Por último, Tacna es aquel con el mayor porcentaje de encuestados que han acudido a un establecimiento de salud (4.0%), lo que es cuatro veces mayor que la región que le sigue (Moquegua, 1%), y 14 veces más que la tercera región (Huánuco, .28%). Muchos factores concurrentes podrían explicar los valores aquí presentados. La región Moquegua parece tener valores consistentes, mientras el número de visitas a un establecimiento de Tacna resulta un valor fuera de lo esperado.

Tabla 6

Regiones con Mayor Incidencia de Auto Reporte de Morbilidades Mediante Llamadas a Usuarios en Pensión 65 – noviembre 2020

Contacto con COVID-19	departamento	Incidencia
Acudió a establecimiento de salud	HUANUCO	0.29
Acudió a establecimiento de salud	MOQUEGUA	1.05
Acudió a establecimiento de salud	TACNA	3.97
Ha estado en contacto con alguien con COVID-19	ICA	0.83
Ha estado en contacto con alguien con COVID-19	LORETO	0.45
Ha estado en contacto con alguien con COVID-19	MOQUEGUA	1.24
Alguien ha tenido COVID-19 en casa	LIMA	0.29
Alguien ha tenido COVID-19 en casa	LORETO	0.3
Alguien ha tenido COVID-19 en casa	MOQUEGUA	0.91

Fuente: Pensión 65

La variable riesgo reporta a la Región de Tumbes con el mayor porcentaje de encuestados con un nivel alto de riesgo (30%), mientras que Ica con 6.5% como el de menor porcentaje. Ello sugiere la existencia de ciertos problemas de identificación de los factores

de riesgo, dado que la varianza entre las regiones es significativa. Asimismo, encontramos que el estado de riesgo tiene una correlación positiva de 0.6 -método de correlación de Spearman- con el nivel de comorbilidad que presenta, mientras que la correlación con el nivel de estado de salud (0.4) y con el nivel de signo de alarma (0.3) pueden ser consideradas bajas.

Finalmente, miramos a las preguntas sobre violencia. No existen regiones donde se reporten un porcentaje mayor a 0.2% en alguna de las variables de violencia. En la mayoría de los casos, se reporta ningún tipo de violencia. Es necesario, de todas formas, acotar que Ica es quien tiene el mayor índice de violencia con un 0.2%. Ello sugiere que la posibilidad de deseabilidad social en las respuestas dado que la comparación con otras fuentes de información indica que existe aquí un alto grado de subestimación de las magnitudes del problema.

4.1.1. Asociación a Mortalidad por COVID-19

Mirando al número de fallecimientos por COVID-19 hasta la fecha de corte del informe presentado a Pensión 65 -22 de noviembre del año 2020- de acuerdo con los tres niveles analizados ponderado por la población de adultos mayores, computamos un índice de la siguiente forma, de acuerdo con los distintos niveles de gobierno:

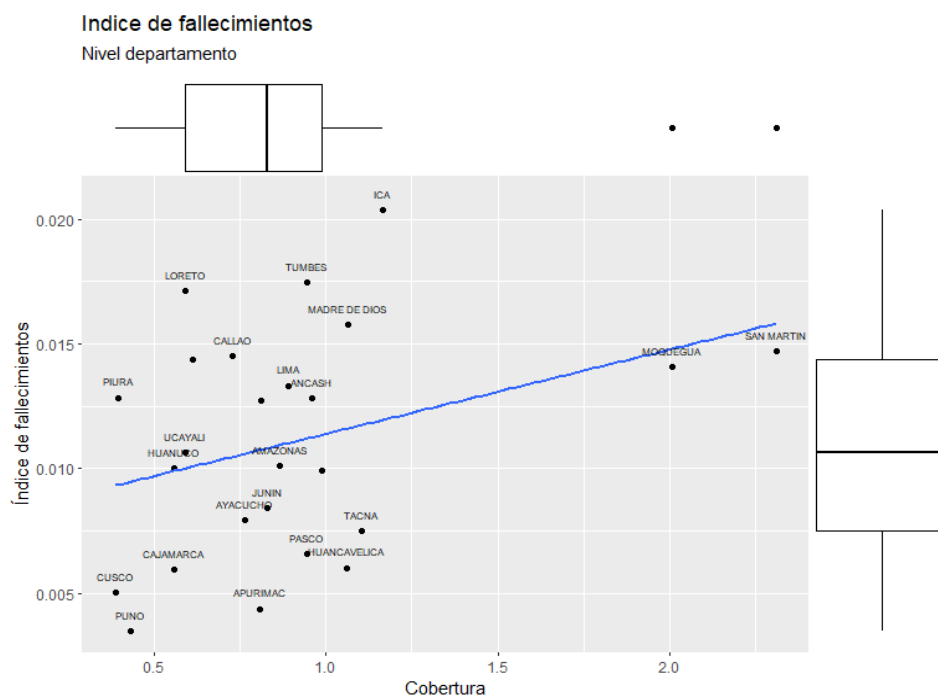
$$\text{Índice Fallecimientos}_{\text{departamento/provincia/distrito}} = \frac{\text{Número Fallecimientos Pensión 65}_{\text{departamento/provincia/distrito}}}{\text{Población Adulta Mayor}_{\text{departamento/provincia/distrito}}}$$

El índice de fallecimientos se interpreta en términos porcentuales, donde .01 equivale a 1% de la población adulta mayor. La correlación a nivel regional entre las variables *Índice de fallecimientos* y *Cobertura de llamadas* es positiva y significativa ($r(23) = 0.34, p < .05$). Por otro lado, los departamentos con mayor índice de mortalidad son Ica, Loreto y Tumbes

por encima de la línea de regresión, mientras que Puno, Apurímac, Huancavelica, Tacna y Pasco están por debajo, como se observa en la Figura 9. La figura presenta, además, diagramas de caja, donde se indica el rango entre cuartiles 1 y 3 en los extremos de la caja, y la mediana en el centro de la caja. La línea azul señala la predicción lineal proyectada sobre los datos observados.

Figura 9

Fallecimientos y Cobertura de Llamadas - Noviembre 2020 - Departamento



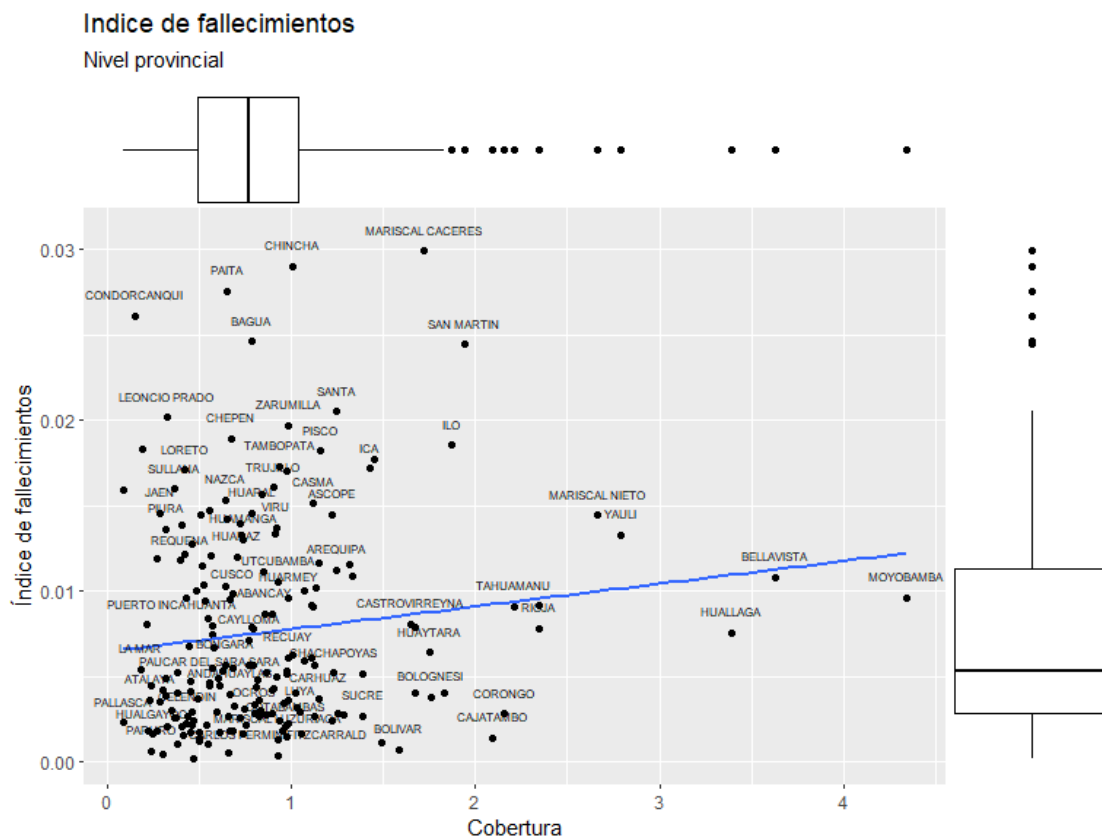
Fuente: Pensión 65 y SINADEF

Enfocándonos en el nivel provincial, encontramos que la correlación entre ambas variables es muy baja, aunque estadísticamente significativa. Esta es: $r(190) = 0.14$ ($p < 0.05$). Por otro lado, la provincia San Martín aparece como outlier en ambos índices (ver

Figura 10). Asimismo, varias provincias se encuentran por encima de la línea de predicción, por lo que no se observa una correlación fuerte, como lo indica también el índice de correlación de Pearson.

Figura 10

Fallecimientos y Cobertura de Llamadas - Noviembre 2020 - Provincias

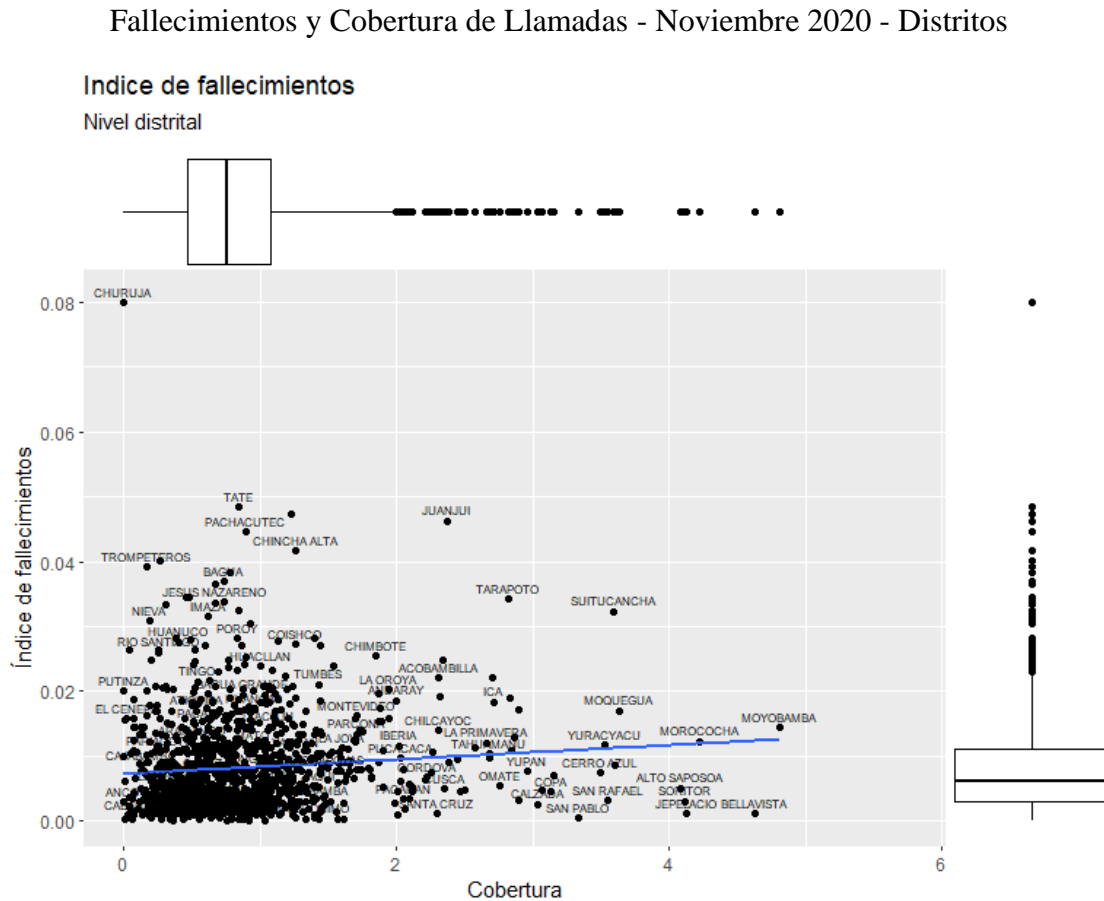


Fuente: Pensión 65 y SINADEF

Finalmente, realizando el mismo análisis a nivel distrital observamos que la una baja correlación, aunque significativa, $r(1194) = 0.09, p < 0.01$. La mayoría de los distritos se encuentran por encima de la línea de predicción, siendo Churuja (Bongara, Amazonas) aquel con mayor alejamiento. Por otro lado, los distritos de SuitucanCHA (Yauli, Junín), Tarapoto

(San Martín, San Martín) y Juanjui (Mariscal Cáceres, San Martín) se comparten como outliers en ambas variables (Figura 11).

Figura 11



Fuente: Pensión 65 y SINADEF

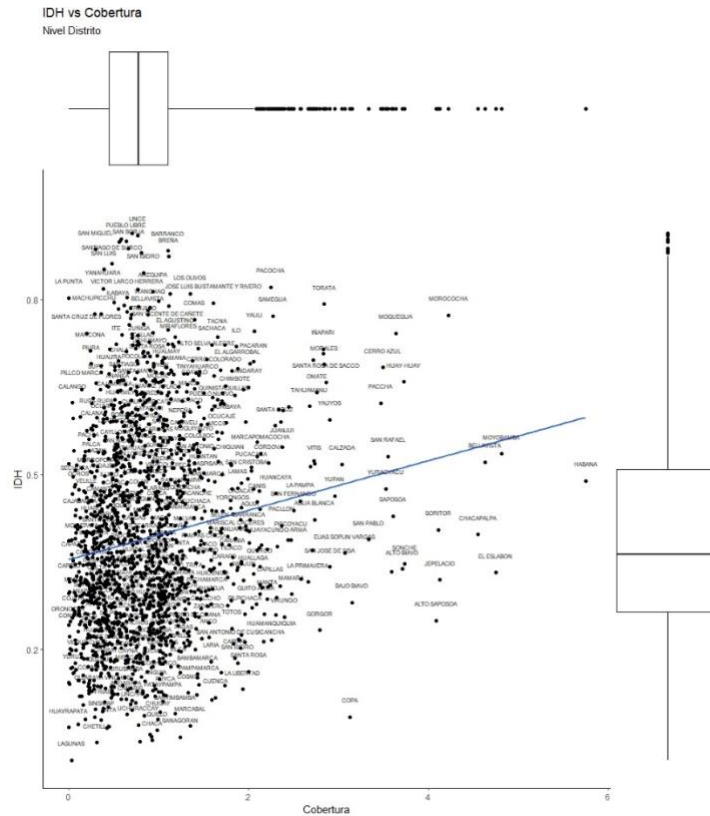
4.1.2. Asociación a Otros Indicadores Sociales Relevantes

En esta subsección se estudió la asociación de la intervención a indicadores sociales relacionados a la pobreza. Se optó por variables no monetarias como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) dado que la asociación con una variable de pobreza monetaria sería endógena a la cobertura, conduciendo así a un sesgo en el análisis.

Se asume que el IDH da cuenta de posesión de capital humano y social, y como tal no están expuestos a shocks temporales, algo que sí ocurre con la pobreza monetaria. Asimismo, los niveles de error en la muestra a nivel provincial y distrital son muy grandes, mayores incluso a 10 puntos porcentuales, especialmente en distritos más pequeños donde Pensión 65 tiene un rol importante, lo que impide inferir de forma robusta una asociación entre ambas variables.

En primer lugar, estudiamos la cobertura de llamadas y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) calculado en el año 2019 con los distintos niveles de desagregación administrativa (PNUD, 2019)⁶. A nivel regional, no encontramos una correlación estadísticamente significativa ($r(22) = 0.33$, $p = 0.1$). A partir del nivel provincial es cuando encontramos una correlación positiva baja entre cobertura de llamadas e IDH, $r(194) = 0.21$ ($p < 0.01$). A nivel distrital, encontramos una correlación similar a la provincial del IDH donde $r(1861) = 0.2$ ($p < 0.01$). Ello sugiere una leve correlación entre las llamadas y los menores índices de pobreza, un hecho que podría explicarse como fruto del acceso diferenciado de los hogares a teléfonos (ver Figura 12).

⁶ Ver: <https://www.pe.undp.org/content/dam/peru/docs/Publicaciones%20pobreza/idh2019/IDH%202019.xlsx>



Fuente: Pensión 65 y PNUD

El indicador de salud escogido en esta sección es proporcionado por la base de datos del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). De dicha base se tomó la variable de morbilidad de Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores en adultos mayores a 60 años. Luego, el número de estas infecciones se dividió entre la población de adultos mayores de la unidad de análisis.

La fórmula para el indicador de salud, por ejemplo, para la unidad de análisis departamental es la siguiente:

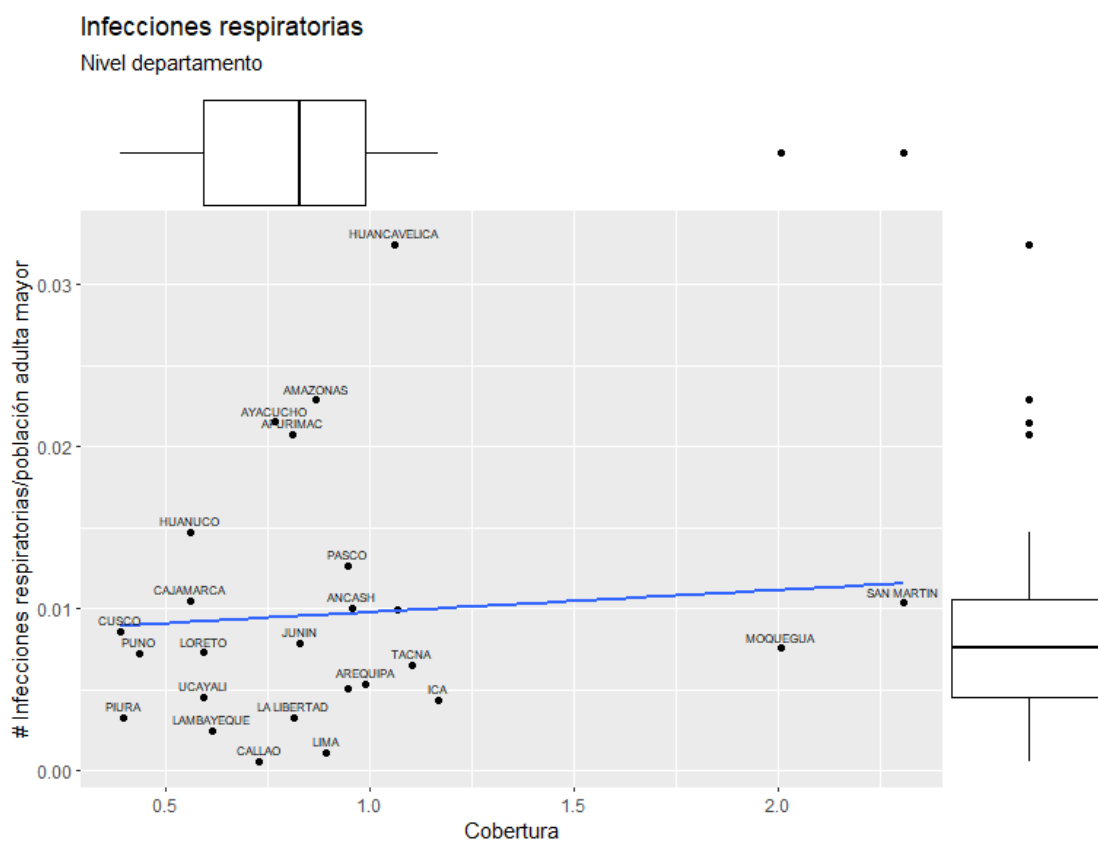
$$InfeccionesRespiratorias_{Región} = \frac{NúmeroAdultosMayoresInfectados_{Región}}{PoblaciónAdultaMayor_{Región}}$$

El indicador señalado previamente no muestra una correlación con la cobertura de llamadas a nivel departamental ($r(23) = 0.08$, $p=0.7$). Por otro lado, se aprecia que los

departamentos de Amazonas, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho se comportan como *outliers* respecto al indicador de salud, pues en dichos escenarios se aprecia una mayor incidencia de casos por población adulta mayor, sin que el número de llamadas acompañen dicha tendencia (ver Figura 13).

Figura 13

Infecciones Respiratorias y Cobertura de Llamadas - Noviembre 2020 - Departamentos



Fuente: Pensión 65 y MINSA

Finalmente, la cobertura de llamadas fue estudiada con relación a la intervención de Saberes Productivos -específicamente a la fase de diálogo⁷- a nivel individual, dado que contamos con información para poder realizarlo. Se formularon dos hipótesis: en primer lugar, no se espera una asociación entre ser visitado y el haber participado de la intervención de saberes productivos. Aunque la hipótesis se plantea de forma negativa, el hecho de estudiar grados de asociación permite evaluar dicha asociación. La segunda hipótesis es la potencial asociación entre el riesgo identificado en las llamadas y el haber participado en la intervención. Teóricamente el canal de transmisión sería el hecho de que un mayor arraigo social, entendido como la valorización personal en cuando se reconoce la contribución pasada y presente a la sociedad, debería influir respecto al riesgo de caer enferma que posee una persona.

Hemos realizado dos análisis de correlaciones, teniendo como base común el haber participado en la intervención de saberes productivo en el año 2019 y comparándola con haber sido un usuario visitado y el nivel de riesgo identificado respectivamente. En ambos casos, debido a la naturaleza categórica de las variables, los coeficientes de Cramer son 0.005 y 0.02 respectivamente, lo que sugiere que no existe una asociación entre ambas intervenciones o entre la intervención de saberes y el riesgo de los beneficiarios. Por tanto, consideramos que la hipótesis de asociación planteada tiene diversas debilidades

⁷ Los diálogos de Saberes son espacios periódicos, que se realizan de manera semanal o quincenal en cada distrito. La Municipalidad Distrital, a través de un Equipo Técnico Municipal, es la encargada de llevar a cabo estas reuniones, donde adultos mayores comparten con sus pares sus prácticas y recuerdos, su pasado y su presente (<https://saberestructivos.gob.pe/actividades/>). En el año 2019, participaron 97,421 usuarios únicos, sumando un total de 290,763 participaciones en 6,346 sesiones. En comparación en la fase de transmisión de saberes, participaron 8,867 usuarios en 12,677 participaciones. La fase de diálogos representa el 96% de participaciones en el año.

operacionales, especialmente aquellas que están ligadas a la asincronía entre ambas intervenciones.

4.1.3. Resultados de Evaluación de Impacto

Hasta el mes de abril del año 2021, el Programa Pensión 65 registra 8,431 beneficiarios fallecidos, de los cuales 7,836 fueron identificados mediante cruce de datos con bases de la RENIEC, 172 con bases del SIS y 423 en base a la visita domiciliaria remota.

La especificación más robusta que utilizamos fue el emparejamiento en bloques en base a sexo, edad, tipo de centro poblado (amazónico, andino y no asignado), departamento y provincia de domicilio. No emparejamos a nivel distrital porque se perdían muchas observaciones en el proceso de emparejamiento.

El resultado del proceso de emparejamiento se encuentra sumariado en la Tabla 7, donde se encuentran, además, 226,269 observaciones en el grupo de control y 314,513 en el grupo de tratamiento que han sido emparejadas, descartándose 1,896 y 14,364 en cada grupo respectivamente.

Tabla 7

Observaciones Antes y Después de Emparejamiento

	Control	Tratamiento
Inicial	228,165	328,877
Emparejados	226,269	314,513
Sin emparejamiento	1,896	14,364

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 da cuenta de los estadísticos obtenidos luego del emparejamiento de las observaciones, donde se observan signos de un balance adecuado entre ambos grupos. La proporción de observaciones según sexo es de 0.47% entre ambos grupos, mientras que es de .025 en tipo de centro poblado y -0.095 entre las edades. Las ratios de varianza de ambas variables continuas se acercan a 1, lo que también es una señal de adecuado balance entre variables. En la Tabla se han omitido los estadísticos de departamentos y provincias para una fácil lectura de la tabla, donde los valores encontrados en ambos grupos son consistentes con los que aquí presentados.

Tabla 8

Estadísticos de Observaciones Emparejadas

Variable	Proporción / Promedio Tratamiento	Proporción / Promedio Control	Diferencia estandarizada	Ratio Varianza
Sexo (F)	0.548	0.571	-0.047	
Tipo centro poblado	0.619	0.596	0.025	1.055
Edad	77.371	77.998	-0.095	0.938

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 resume el cómputo de razón de probabilidades (conocida como *odds ratio* en inglés) a partir de cuatro modelos de regresión donde la variable de interés *visitas remotas*, presenta una reducción en la probabilidad de fallecimiento de forma consistente, específicamente en un rango entre 13% y 14% menor que en el grupo de control. Ello sugiere que, mediante diversos mecanismos discutidos a profundidad en la sección de análisis cualitativo, las llamadas remotas logran disminuir la ocurrencia de muertes en los beneficiarios de Pensión 65.

Tabla 9

Razón de Probabilidades - Estimaciones Obtenidas en Regresiones Logísticas

Parámetros	(I)	(II)	(III)	(IV)
Visitas remotas	.86*** (.83 - .90)	.86*** (.81 - .92)	.86*** (.81 - .92)	.87*** (.81 - .92)
Edad			1.09*** (1.09 - 1.10)	1.09*** (1.09 - 1.10)
Sexo (M)			1.43*** (1.34 - 1.52)	1.44*** (1.35 - 1.53)
Tipo Centro poblado			1.02 (.98 - 1.06)	.98 (.93 - 1.04)
Intercepto	.02*** (.02 - .02)	.02*** (.02 - .02)	.00*** (.00 - .00)	.00*** (.00 - .00)
Errores estándares robustos	.	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos a nivel departamental				Sí

Fuente: Elaboración propia. Nota: *** $p < .001$

Los departamentos de Puno y Cusco presentan valores diferentes a las demás regiones en cuanto al total de fallecimientos por grupos, el total de fallecimientos en usuarios no visitados supera al de los visitados. Esto podría explicarse por la baja cobertura de las visitas. Un segundo ejercicio de emparejamiento y análisis de regresiones fue realizado excluyendo ambas regiones. Lo que se encontró fue que la razón de probabilidades en los cuatro modelos

es de 0.88, con márgenes de error entre 0.82 y 0.95, sugiriendo un leve aumento en las probabilidades asociadas a ser visitado, sin que ello modifique los hallazgos centrales. En el caso del emparejamiento mediante vecinos más cercanos (computado mediante una ecuación logística, y emparejando observaciones con una distancia máxima de .01 desviaciones estándares sin reemplazo de observaciones), los resultados de la razón de probabilidades son similares a los anteriores (ver Apéndice).

Dos limitaciones deben ser destacadas en este análisis. Primero, el registro de mortalidad recae principalmente en el RENIEC, lo que puede tener ciertas demoras en el registro de áreas muy distantes de puntos de acceso a internet – aunque no haya evidencia clara de eso en el análisis exploratorio realizado a nivel Departamental donde se evaluó la ruralidad y también en estudios similares hechos en base al Sistema Nacional de Defunciones (manuscrito bajo revisión).

La segunda limitación es la falta de covariables adicionales que permitan controlar a nivel individual algunas características adicionales, debido que a nivel Departamental y Provincial ya ocurre. Aunque el método de emparejamiento utilizado es considerado robusto, la no aleatorización podría conducir a un sesgo en el análisis. Sin embargo, se ha encontrado que la metodología CEM es robusta cuando las covariables utilizados son menores a 10, un hecho acorde para este caso (Ripollone, Huybrechts, Rothman, Ferguson, & Franklin, 2019).

4.2. Análisis Cualitativo

El análisis cualitativo presentado a seguir se organiza estructuralmente en dos partes, a saber: el análisis desde el ciclo de política -diseño, planificación, implementación-, y las entrevistas a los usuarios. Los temas tratados son similares, pero para salvaguardar la

información proveniente “desde arriba” y “desde abajo,” hemos optado por presentar la información por separado, haciendo las correlaciones correspondientes en el texto.

4.2.1. Diseño

El antecedente directo del Protocolo de visitas domiciliarias es la Gestión de Visitas, aprobado por R.D. 108-2019/P65-DE (a partir de aquí, RD108). Allí se establecen las visitas domiciliarias y colectivas, donde se busca verificar su supervivencia; el cobro de la subvención; su vulnerabilidad mediante el índice de Barthel⁸; hacer una verificación de alertas de cuentas bloqueadas, fallecidos reportados por el SIS, actualización de clasificación socio económica; hacer una validación de alertas en caso de denuncias, quejas, entre otros; verificación de si usuarios tienen cuidado de niños; signos de maltratos o indicios de violencia; brindar información, educación y comunicación en salud e inclusión financiera o de servicios complementarios; y finalmente, brindar otra información que amerite ser parte del registro del aplicativo informático de visitas (RD108, Numeral 6.5).

Además, la visita tendrá un registro fotográfico, y será georreferenciada. Todo ello se espera que se realice en 15 minutos (RD108, Numeral 6.8). Sin embargo, no existe información sistematizada previa a la pandemia que permita comparar el protocolo de visitas domiciliarias con la gestión de visitas. El criterio de focalización -llamado de factor de visita- responde a un complicado algoritmo (RD108, Numeral 5.7) que parece poner el énfasis en la fecha de último movimiento de la cuenta-aunque no se especifica en qué unidad se mide ello- , como se nota a seguir:

⁸ El Índice de Barthel mide hasta qué punto una persona puede funcionar independientemente y tiene movilidad en sus actividades de la vida diaria, es decir, alimentarse, bañarse, asearse, vestirse, ir al baño, control de vejiga y esfínteres, caminar y subir escaleras.

$$FV = (a + (b/(c * (d/365) - 65)))^2 + 1$$

donde a hace referencia a la fecha del último movimiento de cuenta, b al valor calculado en función de fecha, c a la fecha de ingreso al registro de beneficiarios, y d a la edad en años completados. Simulando parámetros, y tomando la fecha del último movimiento de la cuenta, encontramos que a es el único que modifica significativamente el FV . Si miramos la lista de motivos de visita, y también lo mencionado por los Jefes de Unidades Territoriales y promotores, concluimos que la finalidad primordial de la visita es la verificación de la supervivencia de las personas.

El primer protocolo (R.D. 050-2020/P65-DE, 16 de marzo), publicado rápidamente luego del estado de emergencia, planeó una primera llamada, pero luego al ver que se identificaba una población en riesgo, con morbilidad, con sintomatología, decidieron hacer una nueva versión del protocolo (R.D. 059-2020/P65-DE, 1 de abril), que se encuentra vigente. Se añade un segundo instrumento para la segunda llamada, la visita de seguimiento (ver Figura 14). En paralelo, se hicieron ajustes institucionales al Aplicativo de gestión y monitoreo desarrollado utilizado del Programa -denominado AISA-, para incorporar el registro de las visitas.

La elaboración del Protocolo ocurre de manera reactiva a las circunstancias externas de la pandemia y a la coincidencia de que el director ejecutivo, y su asesora, provenían del área de la salud. Así, el protocolo parte de un pedido a una asesora, que compila un listado de temas de acuerdo con su experiencia profesional. Luego de esa primera fase donde se publica un primer protocolo, seguido de una breve capacitación a los jefes territoriales, existe una retroalimentación de los equipos territoriales de asuntos de vulnerabilidad social tales como agua para el lavado de manos, estado de abandonado, soledad, y aislamiento debido a

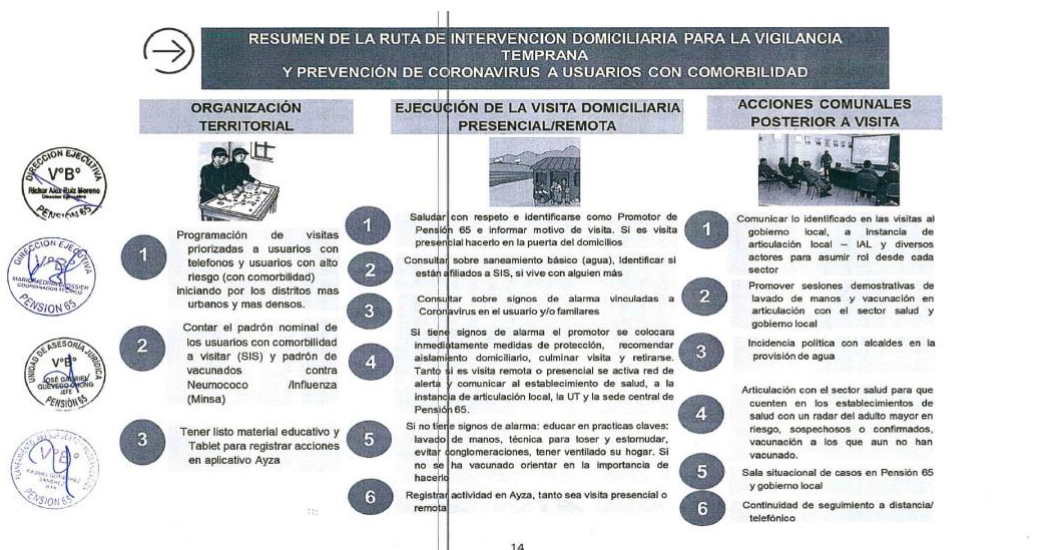
la cuarentena e inmovilización. Dos semanas después, es así como nace una segunda versión, donde se incorpora el módulo de violencia, y la segunda llamada de seguimiento.

En la revisión del Protocolo de visitas, encontramos que hay un giro importante en su finalidad, descrito como el “potenciar la articulación con el sector Salud para la adopción de medidas preventivas para disminuir el riesgo de contagio” (sección II. Justificación, R.D. 059-2020/P65-DE). Ello pone el acento en medidas profilácticas, donde la comprensión de la articulación parece estar basada en la distinción entre funciones de las entidades estatales, donde el Programa Pensión 65 -al pertenecer al sector de Desarrollo e Inclusión Social- actúa de forma subsidiaria en el rubro de Salud. La otra posible concepción de articulación se limita a la transmisión de información a las autoridades locales y a la posta de salud, así como el fomentar una llamada a la Línea 113 Salud.

Figura 14

Extracto de ruta de intervención – visitas domiciliarias, Fuente: Resolución Directoral

050-2020-MIDIS/P65-DE



El Protocolo estratifica a los usuarios en tres grupos: bajo, mediano y alto riesgo, basado en comorbilidades y síntoma de COVID-19. En la práctica, ello no ha tenido mayor relevancia dado que la implementación de las llamadas no ha observado una jerarquización de los riesgos, sino que ha priorizado la cobertura. Así, la región San Martín muestra como un indicador de su logro el haber llamado a todos sus usuarios.

La organización de las visitas se organiza en dos etapas, donde primero se realiza la primera llamada y luego se realizan llamadas de seguimiento. La primera llamada se estructura en cuatro pasos: organización y planificación (condiciones previas a la llamada); indagación de condiciones generales; identificación de estado de salud y detección temprana de casos sospechosos; finalización y documentación de llamada. En el segundo paso se indaga sobre cinco puntos importantes: 1) estado de salud y comorbilidades; 2) síntomas de COVID; 3) indagar contacto con otros casos confirmados de personas con Coronavirus y dar recomendaciones de aislamiento; 4) educación en prácticas de cuidado; y, finalmente, 5) indagación sobre casos de violencia. En el caso de la llamada de seguimiento, se evalúa el estado del paciente y, de ser el caso, se hace la derivación al área de salud, con documentación oficial y llamada telefónica.

Consultados por el diseño del Protocolo, los equipos de campo manifiestan opiniones positivas en términos de acompañamiento de los usuarios, pero consideran que el protocolo no es realista -aunque más realista que el protocolo de visitas previo al COVID-19. La impresión que queda es que se simplifican las llamadas a temas considerados más relevante, como aquellos relacionados al COVID-19.

El Protocolo incluye visitas domiciliarias presenciales, que se iniciarían al terminar la cuarentena. Sin embargo, éstas no habían iniciado en ambas regiones, por lo que la

evaluación se ciñó a estudiar las visitas remotas. El protocolo, sin embargo, no establece una planificación temporal para la realización de las visitas presenciales.

4.2.2. Planificación de Visitas Remotas

El principal hallazgo del ciclo de planificación es la falta de recursos financieros para la realización de las llamadas. Los promotores y jefes de unidades manifestaron que la regla general ha sido que el personal ha invertido su dinero en adquisición de crédito telefónico o pago del uso de línea de celular. También existe la expectativa de parte de ellos de que habrá financiamiento futuro.

Otro obstáculo mencionado fue la cantidad asignada de usuarios por cada promotor. Los promotores mencionan que realizan alrededor de 15 a 20 llamadas por día, mientras que uno de ellos llegaba a valores entre 50 o 70. En este último caso, afirmó que 50 llamadas era su meta y que en promedio estas duraban entre 5 a 8 minutos. En el caso de los promotores de Cajamarca que manifestaron un promedio de 15 minutos por llamada.

La organización de la implementación de los protocolos ha variado en las 2 regiones. En el caso de San Martín, todos los trabajadores, independientemente de su puesto, han realizado las Visitas Remotas. Según jefe de UT de Cajamarca, personal administrativo no ha participado del proceso por ser una unidad con mayor carga administrativa.

En cuanto a la capacitación, encontramos que el proceso no ha sido homogéneo. Las unidades territoriales han recurrido a diversas fuentes de capacitación tales como el sector salud en su región, lectura de textos compartidas, información provista por el MINSA, entre otros. En las entrevistas a los promotores y los beneficiarios se hace evidente que ciertos temas como la nutrición, la educación financiera y la violencia les resulta difícil de implementar por falta de conocimiento en la materia, así como pedagogía para adultos -

andragogía-. Según las entrevistas, además, parece ser que no se comparte esos temas con los usuarios, ya que no son reportados por ellos en las entrevistas. No obstante, esto último deberse a un factor de memoria, debido al tiempo transcurrido entre la Visita Remota y la llamada de Evaluación.

Por otro lado, si bien el equipo central afirma que según el protocolo debe haber un seguimiento al usuario que presente una morbilidad grave o sea un caso de COVID-19, los promotores sostienen lo contrario y manifiestan que no lo han realizado. Un factor que podría causante de la falta de seguimiento es la falta de contar con datos a tiempo real. El equipo central sostuvo que los datos brindados por los promotores se envían a un punto central y luego de 15 a 30 días se depura y se brinda de manera más limpia a las UT. Este elemento, evidentemente, puede ser factor de retraso del seguimiento, así como de otras acciones que requieren de una acción más rauda.

4.2.3. Implementación

Acceso a teléfonos

Al inicio se utilizó una base de datos telefónica que se había construido a partir de los registros de usuarios y visitas domiciliarias, alcanzando un alrededor de 46,000 números telefónicos, equivalente a 8.5% del total del padrón. En abril, el Programa hace gestiones con OSIPTEL e identifica un adicional de 230,000 teléfonos, alcanzando a cubrir el 60% de los usuarios en cuanto a números de teléfonos. Sin embargo, los promotores entrevistados manifestaron que los números proporcionados por OSIPTEL en varios casos estaban fuera de servicio, lo cual también se constató cuando realizamos las llamadas de evaluación a los beneficiarios.

Procedimiento Casos COVID-19

Los jefes de ambas UT manifestaron diferentes pasos ante un caso COVID-19. Coinciden en coordinar con la Municipalidad para la entrega puntual de asistencias, como por ejemplo, una canasta de víveres, y el seguimiento a la evolución del caso; sin embargo, se diferencian en que uno de ellos sostiene que primero le dicen al usuario que se aísle dentro de su hogar y en que se avisa a la DIRESA, mientras que el otro sostiene que se le avisa directamente al centro de salud y a la subprefectura. Por otro lado, respecto al seguimiento, ninguno de los promotores lo constata. Es más, afirman que no es parte del protocolo, pero lo realiza como decisión personal.

Ante la detección de signos de COVID-19 de parte del promotor -enunciados en el protocolo como tos, fiebre, dolor de garganta, pérdida de olfato y gusto- un promotor de Cajamarca manifestó que, según el protocolo, se le recomienda al usuario acercarse a un centro de salud más cercano. Sin embargo, encontramos el caso de un promotor de la región de San Martín que afirmó que personalmente les hace seguimiento. Esta acción le ha resultado beneficiosa en casos COVID-19 que ha tenido, pero enfatiza que es una iniciativa suya, mas no del protocolo.

Soporte anímico

Este punto nos parece ser el de mayor fortaleza de las Visitas Remotas. Así lo afirman tanto los beneficiarios como los promotores. Además, llama la atención que cuando se les preguntó a los promotores acerca de su propia definición de la finalidad de las Visitas Remotas, la respuesta en todos los casos se resume en la preocupación humana por ellos, “para que el usuario sepa que nos preocupamos por ellos”. Además, comentan del gran contento en los usuarios, la cercanía que tienen con el beneficiario y la satisfacción que les

genera a ellos, a los pensionistas y sus familiares. Especialmente válido ha sido ello durante el periodo de inmovilidad y cuarentena, donde hubo muchos casos de soledad forzada.

Articulación con el área de Salud

Los jefes de unidad territorial manifiestan tener padrones actualizados de afiliación al SIS, así como de vacunación.

Según los promotores, y como lo manifestaron también los usuarios, la articulación se origina en base a las fechas de pago de la pensión y la utilización de las Visitas Remotas para el aviso de las campañas de vacunación y control de la presión.

Afirman los promotores que cada usuario tiene una ficha de control arterial en las que se registra sus signos vitales. Normalmente se realizan estos controles a fuera del establecimiento bancario, supervisado por un personal médico que previamente coordinó con los promotores el día de pago de la pensión. Cabe agregar que se reportó que sin la presencia del Programa Pensión 65 tiende a haber menor afluencia de usuarios para sus controles y las campañas médicas. Este elemento se presenta como una herramienta de prevención e identificación de los Casos COVID-19. Al respecto, un promotor afirmó que durante los operativos de pago se realizaron capacitaciones presenciales a las afueras del banco, lo cual también fue comentado por los beneficiarios.

Según el encargado de la Unidad Territorial (UT) de San Martín, se hizo una coordinación previa a la Visitas Remotas que permite la articulación de Pensión 65 y los centros de salud para la generación de dos componentes: capacitación del personal en temas de salud y empatía. Este último componente es discordante con lo mencionado por el promotor de la misma UT quien sostiene que no ha recibido capacitación en tal aspecto.

Asimismo, el jefe de la UT menciona que se dio la articulación con salud principalmente para proveer a los usuarios de campañas de salud preventivas para luego

migrar a los centros de salud y evaluar y tener un control mensual de sus signos vitales. En ese sentido cada usuario contaba con una ficha de control arterial. Cabe indicar que esto existe en la Unidad Territorial de San Martín y en otras, mas no en todas. Es decir, cada UT tuvo individualmente la iniciativa y por separado se encargaron de coordinar y firmar el convenio con la Dirección Regional de Salud (DIRESA).

Sin embargo, en general las coordinaciones a nivel regional y nacional han sido evaluadas por el equipo central como débiles.

Temas no abordados y vacíos de capacitación

Dentro de los temas propuestos por el Protocolo, algunos destacan por su dificultad como la salud mental, inclusión financiera y uno adicional, el lidiar con la muerte. La salud mental es un aspecto del Protocolo que les resulta difícil de explicar y tratar. Uno de ellos explicó que no le resulta realista pretender saber ese punto a partir de una llamada y que evita tal pregunta.

En una de las UT evaluadas (Cajamarca) se realizó un convenio con dos Universidades para que el internado de los alumnos de Psicología, debido a la pandemia, sea con el uso de las Visitas Remotas, tal que el jefe de UT les brindó los números de los usuarios y el Protocolo y ellos agregaron modificaciones que resultó en la elaboración de un libro. Esta acción puede ser tomada como práctica a replicar, y así aprovechar una articulación con las Universidades para desarrollar un Protocolo orientado al soporte anímico con el uso de habilidades blandas como la empatía, así como contar con más personas en el equipo de Visitas Remotas.

Adicionalmente, en las llamadas de evaluación se encontró que no existe una capacitación recibida por los promotores para el desarrollo de la empatía con los familiares del usuario fallecido. Los promotores explican que manejan ese tipo de situaciones con

recurrencia, pero que su desenvolvimiento “depende de cada uno.” Por tanto, las habilidades blandas necesarias en ese tipo de casos no han sido explicadas ni practicadas, según los testimonios de los promotores. Este puede considerarse una DEBILIDAD del Programa.

Casos de violencia

Siendo que el protocolo establece la pregunta sobre temas de violencia, y los datos cuantitativos muestran una incidencia muy baja, indagamos en los promotores sobre las posibles razones que expliquen esta situación, ya que existen muchas evidencias de que la violencia intra-domiciliaria constituye realmente un problema relevante. Tanto los promotores como el equipo central coinciden en que es un tema al que los beneficiarios responden negativamente. Explican que puede deberse a dos motivos: la deseabilidad social o la ignorancia de la categorización de violencia hacia su persona.

Según los promotores, en su experiencia previa, los casos reportados fueron debido a la acción de vecinos o por otro agente. Pero, de toparse con un caso de violencia, como afirman ha ocurrido, han sido en pocos casos y se han podido identificar principalmente por el testimonio o reporte de un vecino o familiar. Ante este caso, se procede con la coordinación del Centro de Emergencia de la Mujer (CEM), el Centro de Adulto Mayor, Fiscalía, Policía, entre otras entidades que cuidan del caso, y el equipo de Pensión pasa a hacer un seguimiento a dichas instituciones.

4.2.4. Entrevistas a Beneficiarios

Sobre las llamadas

La primera indagación estuvo relacionada a si los usuarios efectivamente recibieron al menos una llamada, donde se encuentra que la mayoría de beneficiarios respondió afirmativamente. Sin embargo, en ambas regiones se encontraron casos donde los

respondientes no recordaban una llamada anterior de parte del Programa, especialmente entre aquellos que pertenecen a la región de Cajamarca. La mayor diferencia entre las regiones es el número de llamadas telefónicas, donde en Cajamarca recordaban una ocasión, mientras que, en el caso de San Martín, en varios casos, recordaban entre 3 y 4 llamadas.

La mayoría de aquellos que manifestaron que habían recibido la llamada telefónica afirmaron que, entre los temas abordados, se les informó acerca de los cuidados preventivos del COVID-19 -sus signos o síntomas-, fueron preguntados por el estado de su salud, así como también si tenían la red de agua potable. Se debe resaltar los casos en los que las personas no se acordaban de los temas de la Visita Remota o si efectivamente los llamaron, dado la diferencia de tiempo de la llamada telefónica de parte del Programa y la de la Evaluación, que puede separarse de la presente evaluación en un espacio de hasta ocho meses, entre mayo y diciembre.

En concordancia con la literatura académica revisada, encontramos que los beneficiarios identifican las llamadas primordialmente como un soporte anímico, dimensión que suelen resaltar y agradecer. Ello se da porque en muchos casos de las personas que fueron llamadas por la Evaluación, encontramos personas viviendo solas o algún familiar (cónyuge o hijos) quien los cuida; sin embargo, a pesar de que sean cuidados por alguien, se percibe que aquella persona, en la mayoría de los casos, no se encuentra en un cuidado permanente del adulto mayor.

Sobre el COVID-19

En varios casos encontramos beneficiarios reportando haber desarrollado la enfermedad provocada por el virus COVID-19. En todos esos casos, las personas prefirieron quedarse en su hogar. La razón principal esgrimida fue que no presentaron síntomas graves de la enfermedad. Junto a ello se recogen dos razones más: En algunos lugares había la

indicación de tratarse en casa, con excepción de los casos muy graves; por último, hubo casos que no recurrieron a un hospital por miedo a los contagios.

Un aspecto que apareció a partir de las entrevistas fue la desconfianza en los tratamientos otorgados en el centro médico. Por ejemplo, el temor a ser aislados, o el recelo hacia los tratamientos médicos en sí mismos, recurriendo a medicamentos o tratamientos sin prescripción médica.

Se han encontrado, además, algunos patrones donde se expresan preferencias por tratarse en una clínica o con un médico particular, mediante la ayuda económica de sus parientes. Ello contradice ciertos supuestos de que las poblaciones rurales vulnerables no tienen acceso -al menos en tiempos de pandemia- a servicios de salud privados. Los motivos para explicar esto son diversos, y entre ellos se destacan lo que se describe como recibir una mejor atención, mayor amplitud y opciones de horarios de atención y también por miedo al contagio con otros pacientes COVID. Queda por indagar si realmente dichas características son objetivamente reales o son parte de una sensación de seguridad cultural u otro mecanismo de orden psicológico o social.

Sin embargo, se ha encontrado en las entrevistas con promotores del Programa Pensión 65 que se les recomienda a los usuarios ir a tratarse a una posta o al centro médico más cercano cuando ve algún signo potencial de COVID-19. Esta diferencia entre aproximaciones -que lo simplificamos con un privado vs. público-, conlleva también a un problema natural de articulación. Mientras que el seguimiento a los beneficiarios o pacientes se realice mediante instituciones (y, por ende, con cruce de datos administrativos de entidades públicas, convenios de cooperación y coordinaciones entre actores en campo), puede estar perdiéndose la oportunidad del seguimiento a un grupo de beneficiarios.

Esto implica también cambiar el enfoque a un seguimiento por persona más que por institución, aunque tengamos que reconocer las limitaciones de personal que hacen ello muy difícil. Es así como en ninguna de las llamadas realizadas en el proceso de la Evaluación se encontró un caso donde se le haya hecho seguimiento o siquiera donde el paciente recuerde haberlo recibido. Por otro lado, existe un recuerdo en algunos beneficiarios de ser motivados por los promotores al uso del servicio de salud en la época pre-pandemia. Ello se encontró en la región de San Martín, mas no a la región de Cajamarca.

Indagados por recomendaciones realizadas durante las llamadas, encontramos de manera muy frecuente que los usuarios reportan haberlas recibido, aunque no necesariamente identifican una fuente única de información, lo que puede explicarse por la intensidad de los mensajes difundidos por diversas instituciones y medios de comunicación. Especialmente el énfasis en el lavado de manos ha sido repetido en diversas oportunidades por los usuarios del Programa.

Sobre pagos a domicilio

Un hallazgo inesperado de las llamadas de evaluación que merece ser incluido - debido a su repetición-, y que además consideramos que puede ser un ejemplo de lo que las llamadas telefónicas pueden facilitar, está relacionado al nuevo mecanismo de pago a domicilio para aquellos beneficiarios más vulnerables. Las llamadas, en algunos casos, han servido para comunicar el cambio de procedimiento de pago. Sin embargo, la intervención no tiene un sistema de detección y atención sistemática a dichos casos. Considerando que es una innovación en el sistema de pagos, encontramos dos testimonios que indicaban demoras de algunas semanas en los pagos.

5. Conclusiones

La implementación del Protocolo de Visitas Remotas para la prevención del COVID-19 consiste en las llamadas a los usuarios o sus parientes para la consulta de signos asociados al COVID-19. Este protocolo ha ido modificándose en función de los testimonios de los promotores y jefes de unidades territoriales.

Encontramos mucha variabilidad en términos de cobertura de llamadas, donde algunas regiones presentan el doble de valores porcentuales que otras. También encontramos diferencias importantes en términos de números teléfonos disponibles. Los departamentos de San Martín, Huancavelica y Arequipa sobresalen como regiones donde se alcanza casi la totalidad de usuarios con teléfonos, mientras que Piura, Ucayali y Cajamarca tienen los porcentajes más bajos. Sin embargo, la proporción entre usuarios con teléfonos y usuarios totales ubica a Moquegua y Huancavelica sobresaliendo con valores cercanos a los 75% del total de usuarios.

Tampoco ha sido fácil establecer un número de visitas domiciliarias que se hayan realizado en el pasado. Mientras que en la R.D. 059-2020/P65-DE encontramos que se realizaron 462,302 visitas en el año 2019, haciendo un ejercicio simple considerando que existen 490 personas en unidades territoriales (no todos son promotores, pero para este cálculo se simplifica ello), obtendremos un valor de 3.74 visitas por funcionario por día laboral (252 días). Buscando información adicional⁹, encontramos un reporte detallado que da cuenta de 108,843 visitas en el año 2019, lo que equivale a 0.9 visitas por día laboral por personal de unidad territorial. La diferencia en magnitudes da cuenta de un problema y de

⁹ Oficio 00539-2020-MIDIS/P65-DE
(https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1235708/TOMO_N__14_---_a.pdf , fecha: 1/3/21)

una oportunidad. Las visitas domiciliarias remotas podrían cumplir un rol importante de cobertura, que no pueden ser alcanzadas en visitas in situ.

Desde el punto de vista del usuario, se pudo observar la existencia de una capacidad de identificación de los signos de COVID-19 y una toma de conciencia acerca de las acciones preventivas. Por otro lado, por parte del promotor se observó una falta de homogeneidad en la información brindada, así como también una falta de convencimiento de la eficacia del Protocolo debido a los obstáculos que representa la conversación telefónica con un adulto mayor en estado de pobreza y que habita en zonas rurales, y por los demás temas que contiene que les resulta difícil explicar. Estos son la educación financiera, la violencia y salud mental. Asimismo, se observó un descontento con el alto índice de usuarios asignados por promotor, así como por la distribución de carga entre pares.

La fortaleza del Protocolo se concentra en el soporte anímico que otorga a los usuarios. Esto lo destacan los propios usuarios, quienes se muestran muy agradecidos al respecto. Su estado de soledad y depresión es aliviado con las llamadas que realicen los promotores. Asimismo, estos últimos manifiestan satisfacción al realizar dicha labor. Asimismo, las Visitas Remotas resultan un medio más eficiente para dar mayor cobertura sobre el conocimiento del estado de los usuarios, a comparación de las Visitas in situ.

Las debilidades del protocolo se concentran en tres temas: educación financiera, salud mental y violencia. Estos resultan difíciles de explicar por los promotores y de responder para los usuarios, debido a una deseabilidad social o por ignorancia; esto se corresponde con los datos cuantitativos, donde encontramos que los temas de salud mental y educación financiera son los menos abordados en las llamadas.

Encontramos dos cuellos de botella en el proceso relacionado a las visitas domiciliarias remotas. Por un lado, la producción y difusión de la información tiene retrasos

en su procesamiento dado su carácter centralizado en la sede central del Programa. La toma de decisiones, y el seguimiento a los casos, padece así un retraso significativo. Justamente el seguimiento del usuario ante un posible caso COVID es el segundo cuello de botella debido a la falta de datos a tiempo real y de la definición de un objetivo más claro en el protocolo, pues no existe un sistema que permita hacer seguimiento a casos específicos con acciones que sean discutidas o monitoreadas. Los promotores entrevistados manifiestan que el protocolo no es claro en cuanto a las acciones de seguimiento, y indican que si lo realizan es por una iniciativa personal. Todo ello también refleja la debilidad en la articulación con otras instituciones, especialmente los prestadores de servicios de salud a cargo de los Gobiernos Regionales.

En cuanto a potencialidades, destacamos las articulaciones que se vienen dando, principalmente con las Municipalidades, el CEM, OSIPTEL, DIRESA y centros de salud. Con la primera institución se coordina la entrega de canastas para los casos COVID-19, la disminución de la aglomeración en los días de pago y la disposición de buses y sillas para los adultos mayores en los días de cobranza; el CEM, en casos de violencia; OSIPTEL, para la obtención de más números telefónicos; DIRESA, para los casos COVID-19, campañas de vacunación y control arterial; y los centros de salud, en casos COVID-19. Existe, además, un caso de coordinación con Universidades y sus Facultades de Psicología con la finalidad de sumar a los internistas al grupo de promotores y desarrollar el Protocolo con enfoque de soporte psicológico.

6. Recomendaciones

6.1. Acceso a Datos

La intervención tiene actualmente alrededor de 60% de cobertura de teléfonos del total de padrón de beneficiarios, lo que se reduce a cerca de un 50% debido a teléfonos que no funcionan; esta estimación es realizada en base a nuestra muestra de 100 llamadas realizadas. Además, esto está sujeto a la rápida desactualización por números que cambian o se desactivan. Ello implica la necesidad de establecer un convenio y una ruta permanente con OSIPTEL para la actualización de las bases de datos de teléfonos. Asimismo, también implica la incorporación de una pregunta de actualización del número de teléfono en las visitas domiciliarias presenciales y en las visitas en los puntos de pago.

Automatizar la limpieza de datos en el sistema AISA para evitar ingresos de valores errados, estandarizando campos de entrada de datos y generando reportes automáticos que permitan monitoreo de equipo central y jefes de Unidades Territoriales. También se recomienda dar acceso directo a las Unidades Territoriales a datos en tiempo real de AISA. Diseñar un módulo para los funcionarios de las municipalidades para que puedan articularse en torno al seguimiento de casos específicos de violencia, vulnerabilidad, supervivencia, problemas de salud, entre otros.

6.2. Institucionalización del Proceso

Se hace necesario también establecer un presupuesto que considere equipos telefónicos, pago de líneas o crédito, así como material de capacitación. Esto implica una asignación racional de llamadas y visitas de acuerdo con las diversas actividades realizadas por los promotores en las Unidades Territoriales, lo que implica un proceso de estimación de costos y asignación presupuestal donde intervenga el Área de Planificación y Presupuesto del Programa, el área usuaria y el MEF.

6.3. Modalidades de Visita

La cobertura parcial de teléfono, y el hecho de que ciertos estratos poblacionales como áreas más rurales y población de mayor edad tienden a tener menores porcentajes de posesión de tecnología, lleva a la necesidad de desarrollar un protocolo de visitas que pueda diferenciar las modalidades de visita en términos de finalidad, frecuencia y extensión, donde las llamadas telefónicas y las visitas a los hogares puedan complementarse. Por ejemplo, en los casos donde se realiza la entrega del subsidio en casa, se pueden añadir ciertas preguntas que permitan recoger cierta información que pueda ser relevante para la supervivencia u otros temas de interés del Programa. Se recomienda que el equipo gestor de la intervención desarrolle una comisión de trabajo que pueda plantear estas mejoras, y otras que son recomendadas a seguir.

6.4. Sobre Cuestionario

En cuanto a la clasificación riesgo encontramos una variabilidad muy grande entre las regiones, lo que sugiere la necesidad de revisar criterios, homogeneizar categorías de respuestas (por ejemplo, mediante viñetas) y capacitar a los promotores en la interpretación de respuestas -la grabación y análisis de llamadas es un instrumento fácil y eficaz que permite ver casos reales y llegar a consensos de interpretación-. Lo mismo se aplica para el factor de priorización de llamadas del anterior protocolo

Asimismo, el módulo de violencia presenta valores muy bajos, y hay la sospecha de que no logra capturar casos comunes de violencia. Se recomienda evaluar otros modelos de captura de datos sobre el tema, más centrados en las visitas al hogar. También cabe resaltar la necesidad de diseñar un plan de capacitación estructurado que cubra los temas menos abordados: salud mental y duelo, nutrición, inclusión financiera y violencia considerando

elementos de conocimiento y también de andragogía, teniendo en cuenta que los promotores provienen de una diversa gama de formación humana y profesional.

También consideramos que podría evaluarse la utilización de las visitas remotas como un sistema de detección de retrasos y dificultades logísticas al pago que empieza a realizarse en los hogares.

6.5. Encuesta de Percepciones Anual

Finalmente, también se sugiere también incorporar información en otro recojo periódico realizado por el MIDIS -la encuesta de percepciones anual- preguntas correspondientes al acceso a médicos particulares o del sistema particular. Actualmente las preguntas sólo abordan el sistema público, y hemos encontrado que en no pocos casos hay menciones al uso del sistema privado para consultas puntuales. Ello podría estar ocultando parcialmente el uso de servicios de salud por parte de la población del programa. Ello implica una coordinación entre el Programa Pensión 65 y el MIDIS -en el área de evaluación y monitoreo-, que permita construir una ruta de recojo de información que pueda servir a diversos propósitos de forma concurrente.

6.6. Finalidades de Visita

Uno de los principales aspectos que debieran ser revisados son las finalidades de las visitas, donde la verificación de supervivencia tiene un rol muy grande ya que están guiados por el temor a pagos a personas fallecidas y los efectos administrativos de ello. Consideramos necesario evaluar mecanismos automatizados de verificación de supervivencia como el cobro en banco, cruce de datos con SINADEF y SIS. A su vez, es necesario establecer mecanismos legales que le garanticen la legalidad de extornar depósitos o cancelar cuentas. Ello permitiría establecer finalidades más claras y positivas para las llamadas telefónicas, donde la presión

no sea la cobertura numérica sino el enfoque en aquellos usuarios que realmente deben ser atendidos de manera prioritaria. Ello debe ser expresión de la cadena de valor del Programa, donde las finalidades ligadas al bienestar aparezcan por encima de la verificación administrativa de la supervivencia.

Para ello, consideramos la necesidad de que la dirección general pueda liderar un proceso donde las distintas áreas del programa puedan consensuar distintos mecanismos para cumplir sus objetivos sin que ello vaya en desmedro de las demás finalidades de las visitas.

6.7. Piloto e Innovación

En base a las dos recomendaciones previas se recomienda desarrollar experimentos naturales que permitan pilotear mejoras al protocolo (ver la siguiente recomendación). Por ejemplo, con un costo muy bajo se pueden estudiar actividades específicas de acompañamiento a la soledad -con una correspondiente medición de esta-, el impacto de capacitación a los promotores en temas específicos y cambios en la frecuencia y extensión de llamadas, pero, sobre todo, las rutas de articulación con otros sectores y niveles de gobierno. Así, recomendamos el diseño de un plan de estudios que provea una ruta de producción de conocimiento para la mejora del Protocolo.

Igualmente, sugerimos sistematizar información relacionada a la gestión de visitas previa a la pandemia que permita comparar con los resultados del protocolo de visitas domiciliarias actual, tanto como planificar otras evaluaciones de naturaleza cuasi experimental o natural, permitiría evaluar resultados e impactos de la intervención en variables como atendimiento en salud, y otras variables de interés del Programa.

6.8. *Articulación en el Territorio*

En línea con lo anterior aparece la necesidad de establecer mecanismos institucionales más sólidos de articulación. Ello pasa por rutas de desarrollo territorial y alianzas con gobiernos regionales y locales, así como con otras instituciones. El ejemplo de vínculo con estudiantes de carreras de psicología sugiere la posibilidad de explorar voluntariados. Los convenios realizados por la UT San Martín dan luces de cómo operacionalizar el intercambio de datos y espacios de capacitación. Pero se hace necesario incorporar metas comunes en el sector Salud y Desarrollo Social tanto a nivel de planificación como financieras, que permitan hacer seguimiento a indicadores, gasto y estrategias empleadas.

Consideramos necesario pilotear (ver recomendación previa) mecanismos efectivos de articulación en el territorio donde el monitoreo a los beneficiarios pueda ser trazado y donde se encuentre el rol de los distintos agentes sociales, públicos y privados. En todo ello, tanto el equipo de diseño de implementación, como el área de articulación territorial tienen un rol clave en el desarrollo de estas actividades.

7. Plan de Incidencia

El objetivo del plan de incidencia es diseminar los resultados de la presente investigación con el fin de que los actores que intervienen en el Programa o están en contacto con los beneficiarios tengan suficientes insumos para tomar nuevas decisiones de gestión, articulación y mejor dotación de servicios. Consideramos tres tipos de actividades, que pueden ser clasificadas como de difusión e incidencia, presentadas a continuación.

Actividad	Fecha tentativa	Dirigido a	Objetivo	Descripción
Presentación de resultados	Junio 2021	Equipo Pensión 65 (equipo de diseño e implementación de intervención)	Exposición y discusión de resultados	Se propone hacer una presentación detallada de los resultados, en la medida de lo posible, con datos cuantitativos más actualizados de los resultados relevantes. Un desafío es afinar el objetivo de la visita remota, cuya responsabilidad e interés es transversal a la institución.
Presentación sumariada de resultados	Junio 2021	MEF, Osiptel, MINSA, Gobiernos regionales	Síntesis de hallazgos	Se preparará una presentación que permita dar a conocer los resultados y recomendaciones para que el equipo pueda movilizar alianzas y poner en discusión con contrapartes las mejoras al proceso.
Diseño de pilotos de mejora	Julio – Agosto 2021	Pensión 65 (equipo de diseño e implementación de intervención)	Diseño de un piloto de intervención	A partir de la reunión y de la discusión, se propone plantear el diseño de dos pilotos de costo 0 que puedan ser medidos de forma comparativa. Uno podría ser sobre capacitación, y otro sobre estructuración de la llamada. El diseño de los pilotos -que depende de las prioridades del equipo del Programa- podrá incluir la articulación con otros actores como Gobierno regional (DIRESA) o local.
Publicación en revista indexada internacional	Desde Julio 2021 hasta 2022	Comunidad académica	Difusión del conocimiento	Se buscará desarrollar un artículo que pueda dar a conocer los resultados del Programa.

8. Referencias

- Angrist, N., Bergman, P., Evans, D.K., Hares, S., Jukes, M.C.H., Letsomo, T., 2020. Practical lessons for phone-based assessments of learning. *BMJ Global Health* 5, e003030. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003030>
- Bando, R., Galiani, S., Gertler, P.J., 2020. The Effects of Noncontributory Pensions on Material and Subjective Well-Being. *Economic Development and Cultural Change* 68.
- Bonett, D.C., Aguilar, A.S., de Estadística, S., Calderón, R.R., 2019. Evolución del acceso a las Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A., 2005. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25, 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Cordova, R., Guerrero, E., Ramirez, C., 2020. Revisiones de Evidencias N° 4 del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65.
- Galiani, S., Gertler, P., Bando, R., 2016. Non-contributory pensions. *Labour Economics* 38, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.11.003>
- Guerrero, E., Cordova, R., Puma, O., 2019. Encuesta de percepciones de los usuarios del programa Pensión 65 de 2018.
- Hessel, P., Avendano, M., Rodríguez-Castelán, C., Pfütze, T., 2018. Social pension income associated with small improvements in self-reported health of poor older men in Colombia. *Health Affairs* 37, 456–463. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1284>
- Iacus, S. M., King, G., & Porro, G. (2010). Causal Inference without Balance Checking: Coarsened Exact Matching. *Political Analysis*, 12, 1–24.

<https://doi.org/10.1093/pan/mpr013>

King, G., Nielsen, R., Abadie, A., Grimmer, J., Hainmueller, J., Hazlett, C., ... Xu, Y. (2019).

Why Propensity Scores Should Not Be Used for Matching Terms of Use Creative

Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike Why Propensity Scores Should Not Be Used for Matching *. *Political Analysis*, 27, 435–454.

<https://doi.org/10.1017/pan.2019.11>

Latif J., 2013. Mobile-Based Technology for Monitoring and Evaluation.

Kolt, G.S., Schofield, G.M., Kerse, N., Garrett, N., Oliver, M., 2007. Effect of Telephone

Counseling on Physical Activity for Low-Active Older People in Primary Care: A

Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 55, 986–992.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01203.x>

Lima-Costa, M.F., Macinko, J., Andrade, F.B. de, Souza Júnior, P.R.B. de, Vasconcellos, M.T.L.

de, Oliveira, C.M. de, 2020. ELSI-COVID-19 initiative: Methodology of the telephone

survey on coronavirus in the Brazilian Longitudinal Study of Aging. *Cad. Saúde Pública*

36, e00183120. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00183120>

Lloyd-Sherlock, P., Agrawal, S., 2014. Pensions and the health of older people in south africa:

¿Is there an effect? *Journal of Development Studies* 50, 1570–1586.

<https://doi.org/10.1080/00220388.2014.936399>

Ministerio de Economía y Finanzas, 2016. Evaluación de diseño y ejecución presupuestal

programa nacional de asistencia solidaria "Pensión 65".

Panagioti, M., Reeves, D., Meacock, R., Parkinson, B., Lovell, K., Hann, M., Howells, K.,

Blakemore, A., Riste, L., Coventry, P., Blakeman, T., Sidaway, M., Bower, P., 2018. Is

telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people

- with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness and cost-effectiveness using a ‘trial within a cohort.’ *BMC Medicine* 16, 80. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1051-5>
- Pega, F., Walter, S., Liu, S.Y., Pabayo, R., Lhachimi, S.K., Saith, R., 2017. Unconditional cash transfers for reducing poverty and vulnerabilities: Effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011135>
- PNUD. (2019). *El Reto de la Igualdad Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú*
- Ripollone, J., Huybrechts, K., Rothman, K., Ferguson, R., & Franklin, J. (2019). Evaluating the Utility of Coarsened Exact Matching for Pharmacoepidemiology Using Real and Simulated Claims Data. *American Journal of Epidemiology*, 189(6).
- Salinas-Rodríguez, A., Torres-Pereda, M.D.P., Manrique-Espinoza, B., Moreno-Tamayo, K., Solís, M.M.T.R., 2014. Impact of the non-contributory social pension program 70 y más on older adults’ mental well-being. *PLoS ONE* 9, 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113085>
- Schofield, J., Sausman, C., 2004. Symposium on Implementing Public Policy: Learning from Theory and Practice. *Public Administration* 82, 235–248. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2004.00392.x>
- Smith, T.L., Toseland, R.W., 2006. The Effectiveness of a Telephone Support Program for Caregivers of Frail Older Adults. *The Gerontologist* 46, 620–629. <https://doi.org/10.1093/geront/46.5.620>
- Willmore, L., 2007. Universal Pensions for Developing Countries. *World Development* 35, 24–51. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2006.09.008>

Oficio 00539-2020-MIDIS/P65-DE

(https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1235708/TOMO_N__14_---_a.pdf)

(fecha: 1/3/21)

Resolución Directoral 050-2020-MIDIS/P65-DE (<https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/466415-050-2020-midis-p65-de>) (fecha: 18/02/2021)

Resolución Directoral 059-2020-MIDIS/P65-DE (<https://drive.google.com/file/d/13HNM-ezvcIRjNELJo12Kxr3ZgcSgWYig/view?usp=sharing>) (fecha: 18/02/2021)

Resolución Directoral 108-2019-MIDIS/P65-DE

(<https://drive.google.com/file/d/1CQsIfOi4zpXvbRgBWjLSCmi3vn2IRMqS/view?usp=sharing>) (fecha: 18/02/2021)

9. Apéndices

9.1. Resultados de Validación de Instrumentos

El proceso de validación se realizó de forma virtual y escrita. La señora Rosa Maria, Jefa de Proyectos e Intervenciones Pensión 65 - MIDIS, y su equipo, la integralidad de las secciones 3, 4 y 5 (diseño, metodología e instrumentos). Luego de su revisión, elaboraron recomendaciones puntuales importantes, que han sido ya incorporadas en la sección correspondiente del presente documento. Además, se le solicitó una respuesta por escrito sobre aspectos generales del diseño e instrumentos, que es transcrita a continuación.

¿Considera adecuado/apropiado el instrumento para responder a las preguntas de la evaluación?

En líneas generales consideramos que las preguntas son adecuadas, pero se sugiere revisar los comentarios que han sido incorporados directamente con control de cambios en los ítems correspondientes de este documento.

Considerando que la población a ser entrevistadas se divide en dos grupos bastante claros (profesionales del sector público, y familias de áreas rurales en estado de pobreza), ¿considera que el instrumento es apropiado en términos de:

- Lenguaje
- Claridad / Comprensión
- Brevedad

Adequar todos los instrumentos considerando los comentarios señalados/insertados en los párrafos precedentes.

No olvidar que el listado de preguntas de los instrumentos debe ser adaptados a la coyuntura actual donde por la emergencia sanitaria se han suspendido la gran mayoría de actividades de los

servicios complementarios que brinda el programa (campañas de salud especializadas, salud bucal, salud ocular, inmunizaciones, etc.).

Por ejemplo, en el caso de las preguntas para los usuarios/as evaluar su recorte dado que son muchas preguntas que es poco probable sean respondidas por el tiempo que tomaría realizarla por vía telefónica y por el estado o potenciales limitaciones en el estado de salud de los usuarios además hay preguntas específicas (por ej. entre las relacionadas al tema de Hipertensión; se le pregunta si toma medicamentos...y cuáles ?

Se sugiere reevaluar todas las preguntas por la amplitud de temas que se abordan y porque usualmente las llamadas son de corta duración y los usuarios suelen responder llamadas por un máximo de 15 o 20 minutos. Salvo que se considere que la encuesta sea respondida por un familiar cercano o la persona a cargo de su cuidado.

9.2. Instrumento Equipo Central y Jefe de Unidades Territoriales

- ¿Quiénes participaron en el desarrollo de la idea?
- ¿Cuál fue la finalidad del diseño del protocolo?
- ¿Quiénes participaron en la elaboración del Protocolo?
- ¿Cómo los diferentes actores aportaron desde sus propias miradas, intereses, necesidades, etc.?
- ¿Algunos actores presentaron restricciones o reparos frente a la idea de este protocolo?
- ¿Cómo se elaboró el criterio de estratificación de la población?
- ¿Cómo se ideó la organización en en fases?
- ¿Cuántas personas trabajan en la UT?
- ¿Qué acciones previas se realizaron de cara a la implementación del protocolo?
- ¿Hubo la necesidad de dotar recursos?
- ¿Se identificaron pasos administrativos necesarios de implementar previamente? (barreras/trabas)

- ¿Cómo están incluyendo el enfoque intercultural en tanto en el protocolo de monitoreo remoto como a la hora de la articulación con otros actores para atender algún caso de COVID-19?
- ¿Cuenta con relación de usuarios con línea telefónica?
- ¿Cuenta con padrón nominal de usuarios con comorbilidad (SIS)?
- ¿Se presentaron dificultades para su actualización?
- ¿Se presentaron dificultades para su actualización?
- ¿Cuenta con padrón de vacunados contra neumococo/influenza 2019/2020?
- ¿Tiene acceso a la mano prácticas de cuidado a recomendar?
- ¿Se dio un proceso de capacitación? ¿de qué manera?
- ¿Cuenta con equipos/recursos para hacer las visitas remotas?
- ¿Quiénes realizan las llamadas?
- ¿cuál es el contenido de las llamadas?
- ¿Cantidad de llamadas?
- ¿Protocolo de preguntas ha sido seguido?
- ¿Cuál es la frecuencia de la llamada?
- ¿Cuáles preguntas presentan mayor facilidad para ser respondidas?
- ¿Cuáles preguntas presentan mayor dificultad para ser respondidas? ¿Por qué?
- ¿Considera que pueda existir algún tipo de sesgo/inveracidad en respuestas?
- ¿Cuáles son las orientaciones que se otorgan?
- Centrándonos en el caso del señor X (donde se ha activado la red de alerta):
 - ¿cuáles han sido los pasos dados?
 - ¿se comunicó al establecimiento de salud?
 - ¿se comunicó a la autoridad local?
 - ¿se comunicó a P65 sede central y UT?

- ¿Hubo otras acciones realizadas?
- ¿Qué dificultades o decisiones se tomaron?
- ¿Han podido atender a toda la población? ¿Qué limitaciones/desafíos han tenido?
- ¿Cómo se obtiene la clasificación de riesgo (alto, mediano, bajo)?
- ¿Cuál es el procedimiento a realizar una vez identificados los usuarios de riesgo en general (con comorbilidades o signos de alarma)?
- Seleccionamos al azar el caso de una persona que ha recibido más de 2 llamadas.
- ¿Puede contactarnos con la familia? (número teléfono) ¿Puede solicitarles si están dispuestos a darnos una muy breve entrevista?
- ¿Cómo ha sido el seguimiento al caso del(a) señor(a) X? - ¿Cuándo se dio la primera llamada?
- ¿Cuál fue el contenido de la llamada? - Luego de la primera llamada telefónica, ¿qué acciones se realizaron? - ¿Qué rol han tenido Pensión 65 / Gob. regional/salud/municipalidad?
- ¿Ha habido resultados inesperados? (Positivos, negativos, neutros)
- ¿Haría cambios al proceso de decisión definido en el Protocolo para determinar visitas presenciales o remotas?
- ¿Quién utiliza la base de datos (registro Ayza)? ¿Qué uso se hace?
- ¿Qué cambios (o adaptaciones en su contexto) han realizado al protocolo?
- ¿Qué limitaciones/mejorar harían?
- ¿Existe algún mecanismo de evaluación de la calidad? (En la base se encuentran errores de tipo (por ejemplo, edades entre 10 y 11 años; si, SI, sí)
- ¿Existe algún estándar para el número de llamadas? (Existen casos de hasta 24 llamadas reportadas)
- ¿Cómo se actúa ante respuestas “No sabe?”

- Hay un número muy bajo de reporte de violencia, probablemente debido a deseabilidad social.

¿Cómo lidian con ello?

9.3. Instrumentos Promotores

- Profesión, tiempo trabajando en P65
- ¿Cuántas llamadas realiza por día en promedio?
- ¿Sobre qué hablan en las llamadas?
- ¿Cuánto tiempo duran las llamadas?
- El protocolo pide identificar signos de COVID-19. ¿Ha recibido capacitación para ello?
- ¿Les es fácil o difícil conversar sobre ello e identificarlo con los usuarios?
- ¿Qué ocurre cuando encuentran signos de alarma? Cuénteme los pasos que siguen. Póngame un ejemplo reciente, por favor.
- El protocolo pide dar capacitación a los usuarios sobre diversos temas. ¿Qué temas suele capacitar?
- ¿Hay temas difíciles o más fáciles?
- Salud mental: ¿Cómo es la capacitación en esos temas? ¿Qué les dice a los usuarios?
- Educación financiera: ¿Cómo es la capacitación en esos temas? ¿Qué les dice a los usuarios?
- El protocolo también pide identificar enfermedades que los usuarios tienen. ¿Les es fácil o difícil conversar sobre ello e identificarlo con los usuarios?
- El protocolo también pide identificar riesgos de violencia que los usuarios tienen. ¿Les es fácil o difícil conversar sobre ello e identificarlo con los usuarios?
- ¿Cuándo hacen seguimiento a los usuarios? ¿Qué se hace en esa llamada?
- ¿Cómo es la articulación y coordinación con Posta medica? ¿Con Municipios? ¿Con Gobierno Regional? Tiene ejemplos para darme (Buenos y malos)

- En general, ¿qué opina del protocolo de llamadas y de todo el trabajo realizado?
- ¿Qué cosas buenas quisiera enfatizar?
- ¿Qué problemas o limitaciones identifica?
- ¿Qué cosas se pueden mejorar?
- Algo más quisiera mencionar?

9.4. Instrumentos Beneficiarios

• ¿Puede decirme su nombre, por favor? ¿Qué relación de parentesco tiene con el señor / la señora X? ¿Qué edad tiene el señor el señor / la señora X? ¿Hace cuánto pertenece a Pensión 65? ¿Cómo es su estado de salud? ¿Tiene alguna enfermedad (hipertensión, problemas de corazón, problemas respiratorios, cáncer)?

(si el usuario falleció, expresar condolencias y ver si se puede continuar la entrevista) • ¿Recuerda haber recibido alguna llamada de parte del Programa Pensión 65 en los últimos meses desde que se inició la pandemia?

• ¿Recuerda de qué temas se hablaron en esa llamada? (los temas SUPUESTAMENTE DEFINIDOS PARA hablar son IDENTIFICAR SIGNOS DE COVID, DAR ORIENTACIONES PREVENTIVAS COMO LAVADO DE MANOS, VACUNARSE, HIGIENE, NO AUTOMEDICARSE, podría ser también para sugerir que VAYAN A LA POSTA) • ¿Cuál considera que ha sido el beneficio / utilidad de la llamada?

• ¿El señor / la señora X ha tenido algún signo de alarma de COVID-19 como tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, fiebre?

• ¿Han ido a la posta o a algún hospital para algún chequeo relacionado al COVID? ¿A qué posta fueron? ¿Tiene el número de teléfono o el contacto para que podamos también entrevistarlos?

• ¿Ha habido más llamadas de parte de Pensión 65? (para ver si hubo seguimiento al caso)

- ¿Han recibido apoyo durante la pandemia? ¿De quién es y de que tipo? (explorar alimentos, medicamentos, ropa, dinero, anímico... puede ser de Municipalidad, posta de salud, otros programas, iglesia, etc., etc.). *Quizás las llamadas tienen un rol anímico. Pero hay que ver si eso sale naturalmente, no preguntarlo porque se generaría un sesgo).*
- ¿Algo que quisiera adicionar?

9.5. Transcripciones y acceso a datos

Aquí se encuentran todas las transcripciones de las entrevistas realizadas:

<https://drive.google.com/drive/folders/1cIDJcJkfdzKhzdgHsPT540fpFbjUCul4?usp=sharing>

Las bases de datos fueron entregadas al equipo investigador por Pensión 65 bajo el compromiso de confidencialidad en el que se enmarcó la investigación, orientada por el comité de ética. De ser el caso de que exista autorización expresa de Pensión 65, podemos hacer llegar la base de datos a las partes interesadas.

Los documentos oficiales pueden ser encontrados aquí:

http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=14183#.YLofBrVKhPZ

9.6. Comité de Ética

Figura 15 - Aprobación comité de ética – UCSP



Arequipa, 28 de abril del 2020

Estimado Profesor
Lucas Sempé,
Investigador invitado de la Universidad Católica San Pablo
Presente.-

Por medio de la presente le informo el estado de su solicitud de evaluación del proyecto: **“Evaluación de procesos de uso de servicios de salud en el marco del programa Pensión 65”** que es financiado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) y catalogado como:

Tipo de evaluación: Evaluación de Procesos (EPRO)

Intervención a evaluar: Programa Pensión 65

Área temática: AT1

Categoría: PM

Tema y N°: Programas sociales (1.1.7.3).

Dicha solicitud ha sido **APROBADA** por el comité de Ética de la Dirección de Investigación (CEDI) según consta en Acta 001.CEDI.UCSP.2020 de sesión de fecha 27 de abril del 2020. Este comité ha indicado que no encuentra ningún inconveniente para el desarrollo del proyecto, al encontrarse este en fase inicial y en proceso de diseño de los protocolos de investigación.

Solicitamos, sin embargo, que antes del desarrollo mismo del trabajo investigativo, se remita al comité los protocolos de investigación que permitan verificar el cumplimiento de los criterios establecidos por nuestra institución.

Atentamente,

Dr. Efraín Zenteno Bolaños

Presidente del Comité de Ética de la Dirección de Investigación

9.7. Razón de probabilidades – Vecino más Cercano

Tabla 10

Razón de Probabilidades - Estimaciones Obtenidas en Regresiones Logísticas

Parámetros	(I)	(II)	(III)	(IV)
Visitas remotas	.90*** (.85 - .96)	.90*** (.85 - .96)	.88*** (.83 - .93)	.88*** (.82 - .93)
Edad			1.09*** (1.09 – 1,09)	1.09*** (1.09 – 1,09)
Sexo (M)			1.39*** (1.31 - 1.48)	1.40*** (1.32 - 1.48)
Tipo Centro poblado			,98 (.94 - 1.02)	,98 (.94 - 1.02)
Intercepto	.02*** (.02 - .02)	.02*** (.02 - .02)	.00*** (.00 - .00)	.00*** (.00 - .00)
Errores estándares robustos	.	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos a nivel departamental				Sí

Fuente: Elaboración propia. Nota: *** $p < .001$

XI Concurso
Anual de
Investigación
CIES 2019



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Construyendo conocimiento para mejores políticas