

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

Lucas Sempe y Peter Lloyd-Sherlock

1. Introducción

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

Dentro de las distintas actividades del Programa durante la época de pandemia, resalta la creación del Protocolo de Visitas Domiciliarias a Personas Adultas Mayores Usuarias de Pensión 65 para la Prevención de Coronavirus (COVID-19). Éste tiene como objetivo el “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 preventivas para disminuir (el) riesgo de contagio en las personas adultas mayores del Programa Pensión 65”¹. Ello reemplazó las actividades habituales de visitas domiciliarias que se realizaban de forma habitual, así como actividades de promoción de la salud debido al riesgo de contagio hacia la población objetivo del Programa, así como por el cuidado hacia los trabajadores del Programa y sus familias.

¹ Ver: Resolución Directoral 050-2020-MIDIS/P65-DE

2. El sentido de las visitas domiciliarias y remotas

Mirando la cadena de valor del Programa, 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. Encontramos en la literatura académica 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.

3. Objetivo y metodología de la evaluación

La pregunta orientadora de la evaluación se plantea, de forma propositiva, a continuación:

¿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)?

- ¿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?
- ¿Qué resultados o impactos pueden ser atribuidos?

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). Metodológicamente, el estudio se divide en 3 componentes: análisis primario cualitativo (70 entrevistas a actores y usuarios), análisis secundaria descriptivo e inferencial y diseño cuasi-experimental (pareamiento mediante clusters).

4. Resultados

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 en las regiones.

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.

De 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 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, resultan las Visitas Remotas 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. Resultan aquellos difíciles de explicar por los promotores y de responder para los usuarios, debido a una deseabilidad social o por ignorancia. Ello 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 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. Ello implica que la toma de decisiones, y el seguimiento a los casos, tenga un retraso significativo. Justamente el seguimiento del usuario ante un posible caso COVID es el segundo cuello de botella. Ello se debe a la falta de datos a tiempo real y aunque también a la falta de la definición de un objetivo más claro en el protocolo, donde no existe un sistema que permita hacer seguimiento a casos específicos, donde las acciones realizadas sean discutidas o monitoreadas.

En cuanto a potencialidades, destacamos las articulaciones que se vienen dando, principalmente con las Municipalidades, el CEM, OSIPTEL, DIRESA y centros de salud. 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.

5. Recomendaciones

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 alrededor de un 50% debido a teléfonos que no funcionan -estimación realizada en base a nuestra muestra de 100 llamadas realizadas-. Ello además 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.

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. Ello también implica una asignación racional de llamadas y visitas de acuerdo con las diversas actividades realizadas por los promotores en las Unidades Territoriales. Ello implica un proceso de estimación de costos y asignación presupuestal donde intervenga el Área de Planificación y Presupuesto del Programa, el área usuaria, así como el MEF.

3. 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 -guiados por el temor a pagos a personas fallecidas y los efectos administrativos de ello-. Consideramos necesario evaluar mecanismos automatizados de verificación de supervivencia -cobro en banco, cruce de datos con SINADEF y SIS-, y a la vez, establecer mecanismos legales que le garanticen la legalidad de extornar depósitos o cancelar cuentas. 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.

4. Modalidades de visita

La cobertura parcial de teléfono, y el hecho de que ciertos estratos poblacionales -áreas más rurales y población con más edad- tiende 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.

5. Sobre cuestionario

Encontramos una variabilidad muy grande entre las regiones en la identificación de signos de alarma, 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-.

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, violencia. Ello considerando elementos de conocimiento y también de andragogía -considerando que los promotores provienen de la más diversa gama de formación humana y profesional.

También se puede evaluar la utilización de las visitas remotas también como un sistema de detección de retrasos y dificultades logísticas al pago que empieza a realizarse en los hogares.

6. Piloto e innovación

Se recomienda desarrollar experimentos naturales que permitan pilotear mejoras al protocolo. Por ejemplo, se pueden estudiar -a muy bajo costo- actividades específica 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, y sobre todo, 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.

Asimismo, se sugiere sistematizar información relacionada a la gestión de visitas previa a la pandemia que permita comparar con los resultados del protocolo de visitas domiciliarias actual.

Se sugiere planificar otras evaluaciones de naturaleza cuasi experimental o natural, permitiría evaluar resultados e impactos de la intervención en variables como atendimento en salud, y otras variables de interés del Programa.

7. Articulación en el territorio

Unido a ello 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 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.