



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

SERIE REVISIONES DE EVIDENCIAS

INFORME FINAL DEL ESTUDIO



Estudio cualitativo exploratorio de la implementación de los servicios que brinda la Red Amachay a la Población Adulta Mayor con Alto Riesgo y Población con Discapacidad Severa

2020 - 2021

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Julio Demartini Montes

Ministro

Fanny Montellanos Carbajal

Viceministra de Políticas y Evaluación Social

José Velásquez Hurtado

Director General de Seguimiento y Evaluación

Elmer Guerrero Yupanqui

Director de Evaluación

Elaborado por:

Lucas Nestor Sempe

Patricia Andrade Pacora

Eduardo Paredes

Supervisado por:

Ricardo Córdova Córdova (DGSE-Midis)

Chaska Velarde Ramírez (DGSE-Midis)

Financiado por:

Unión Europea

Foto de carátula:

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

@Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2023

Av. Paseo de la República 3101, San Isidro

Teléfono: (01)631-8000 / (01)631-8030

Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible de forma gratuita en:

<http://evidencia.midis.gob.pe/amachay>

Algunos derechos reservados:

Este documento ha sido elaborado por los consultores bajo la supervisión del Midis. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. El Midis no garantiza la veracidad de los datos que figuran en esta publicación. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del Midis, los cuales se reservan específicamente en su totalidad

Citación:

Sempe, Lucas; Andrade, Patricia & Paredes, Eduardo. (2023). *Estudio cualitativo exploratorio de la implementación de los servicios que brinda la Red Amachay a la población adulta mayor con alto riesgo y población con discapacidad severa, 2020-2021*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión. <https://evidencia.midis.gob.pe/amachay-ife>

CONTENIDO

Resumen ejecutivo.....	7
1. Introducción.....	11
1.1. Importancia y justificación.....	11
1.2. Objetivos del estudio.....	12
2. Revisión de literatura.....	13
2.1. Intervenciones estudiadas en la literatura académica.....	13
2.2. Experiencias nacionales.....	15
2.2.1. Operación Tayta.....	15
2.2.2. Yanapay60+.....	16
2.3. Experiencias internacionales.....	16
3. Recuento documentario de la Red AMACHAY.....	18
3.1. Red AMACHAY- 2020.....	18
3.1.1. Descripción general en base a normativa e informes de gestión.....	18
3.1.2. Paquete de intervenciones priorizadas.....	19
3.1.3. Roles de los sectores y niveles de gobierno.....	20
3.1.4. Fases de la ejecución de la intervención.....	21
3.1.5. Implementación inicial de la Red AMACHAY: Financiamiento y alcance.....	22
3.2. Cambios en Red AMACHAY en el 2021.....	22
3.2.1. Diseño y normatividad.....	22
3.2.2. Componentes de la intervención.....	23
3.2.3. Presupuesto.....	24
4. Metodología del estudio.....	25
4.1. Teoría del cambio (hipótesis planteada por el equipo de investigación).....	25
4.2. Procesos/productos críticos a ser evaluados.....	26
4.3. Proceso de validación de instrumentos.....	27
4.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos del estudio.....	27
4.5. Recolección de datos.....	27
4.5.1. Entrevistas en profundidad.....	28
4.5.2. Entrevistas semiestructuradas.....	28
4.5.3. Fichas de registro de procesos.....	28
4.6. Selección de la muestra.....	28
4.6.1. Información sociodemográfica y de contexto de usuarios de la Red y soporte local.....	30
4.7. Plan de análisis.....	30
4.7.1. Trabajo de gabinete para el diseño del protocolo del estudio.....	30
4.7.2. Metodología de análisis de información primaria.....	30
4.7.3. Limitaciones en el estudio.....	30

5. Hallazgos del estudio.....	31
5.1. Diseño de la Red AMACHAY.....	31
5.1.1. Lógica del diseño de la Red.....	31
5.1.2. Origen del diseño.....	32
5.1.3. Proceso de diseño.....	33
5.1.4. Actores en el diseño.....	34
5.1.5. Población potencial y beneficiaria.....	35
5.2. Procesos principales de la Red AMACHAY.....	37
5.2.1. Identificación de los usuarios.....	37
5.2.2. Seguimiento nominal.....	40
5.2.3. Paquete de servicios.....	41
5.2.4. Consejería y orientación en prácticas saludables.....	41
5.2.5. Identificación de alertas.....	43
5.2.6. Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS).....	45
5.3. Soporte, monitoreo y datos.....	46
5.4. Articulación y roles.....	47
5.4.1. Articulación intersectorial e intergubernamental.....	47
5.4.2. Diferencias entre año 2020 y 2021.....	48
5.4.3. Coordinación con sector salud.....	48
5.4.4. Gestión territorial y descentralizada.....	49
5.4.5. Rol del Gobierno Regional.....	52
5.4.6. Rol del Gobierno Local.....	53
5.4.7. Programa País.....	53
5.5. Beneficiarios.....	54
5.5.1. Conocimiento y uso de la Red.....	54
5.5.2. Valoración de parte de los usuarios.....	55
5.5.3. Alertas de COVID-19 y Salud.....	55
6. Análisis de hallazgos.....	56
6.1. Fortalezas.....	56
6.1.1. Diseño.....	56
6.1.2. Articulación y roles.....	57
6.1.3. Procesos.....	57
6.2. Cuellos de botella.....	58
6.2.1. Articulación y roles.....	58
6.2.2. Procesos.....	59
6.3. Nudos críticos.....	60
6.3.1. Diseño.....	60
6.3.2. Articulación y roles.....	61
6.3.3. Procesos.....	62
6.4. Sostenibilidad y futuro.....	65
7. Conclusiones.....	67

7.1. Sobre el diseño.....	67
7.2. Sobre la implementación de los procesos de la Red.....	68
7.3. Percepción y experiencia de usuarios.....	68
8. Recomendaciones finales.....	69
8.1. Diseño de la Red.....	69
8.1.1. En el corto plazo.....	69
8.1.2. En el mediano plazo.....	70
8.2. Implementación de Red.....	71
8.2.1. A nivel nacional.....	71
8.2.2. A nivel local.....	71
9. Referencias.....	73
10. Anexos.....	75
10.1. Listado de documentos normativos.....	76
10.2. Instrumentos de investigación.....	78
10.3. Validación de instrumentos.....	93
10.3.1. Metodología y procedimientos.....	93
10.3.2. Resultados.....	93
Coordinador territorial.....	93
Actor social.....	93
Especialista MIDIS.....	93
10.3.3. Conclusiones.....	94

ACRÓNIMOS

AMPE	Asociación de Municipalidades del Perú
ANGR	Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales
CEM	Centro de Emergencia Mujer
CIAM	Centro Integral de Atención al Adulto Mayor
CONADIS	Consejo Nacional para la Discapacidad
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GL	Gobiernos Local
GR	Gobiernos Regional
IAL	Instancias de Articulación Local
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OMAPED	Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad
PAIS	Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social
PAMAR	Personas adultas mayores de 60 años en alto riesgo
PCDS	Personas con discapacidad severa
REMUPRE	Red de Municipales Urbanas y Rurales del Perú
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud

RESUMEN EJECUTIVO

La Red de Soporte al Adulto Mayor en Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa – AMACHAY, es creada mediante el Decreto de Urgencia N° 026-2020, en el marco de las acciones implementadas por el Gobierno como respuesta a la emergencia sanitaria producida por la COVID-19. La intervención se sustenta en la articulación intersectorial e intergubernamental en el territorio, el seguimiento nominal y la atención oportuna de la población objetivo, para la prevención y control del coronavirus. La población objetivo son personas adultas mayores de 60 años en alto riesgo (PAMAR) que presentasen al menos una enfermedad crónica (R.M. N° 193-2020-MINSA) y las personas con discapacidad severa (PCDS). La Red AMACHAY buscó contribuir a la mitigación de los efectos de la COVID-19 en la salud de dicha población; contribuir a la contención de nuevos casos; y también como instrumento para mitigar la vulnerabilidad de dicha población que pudiera producirse como consecuencia de periodos de aislamiento obligatorio.

La Red Amachay implementó cinco tipos de servicios: i) consejería, con énfasis en prevención del contagio y promoción de prácticas saludables; ii) generación de alertas para la identificación oportuna de personas con síntomas de la COVID-19; iii) inmunización; iv) seguimiento a los casos bajo sospecha de la COVID-19 y que están a la espera de los resultados de laboratorio; e v) identificación y gestión de alertas sobre situaciones de riesgo de la población objetivo. Posteriormente, se agregó como una de las intervenciones priorizadas la: “Identificación y gestión de alertas sobre situaciones de riesgo de la población objetivo”. Entre los meses de marzo y diciembre del 2020, la Red AMACHAY se implementó en 152 distritos de 25 provincias y 24 departamentos, cuyo criterio de focalización fue definido principalmente por el tamaño de la población.

Los sectores del Gobierno Nacional que formaron parte del trabajo articulado fueron: el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el Seguro Social de Salud (ESSALUD) la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales; los Gobiernos Regionales (GR) y los Gobiernos Locales (GL). También participaron la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS) la Asamblea Nacional de Gobierno Regionales (ANGR), la Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE) y la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú (REMURPE).

Para su financiamiento, se autorizó al Sistema Nacional de Presupuesto Público hacer una transferencia de hasta 40 millones de soles al MIDIS para la contratación de los servicios necesarios para la organización y desarrollo de la Red y realizar transferencias financieras a favor de los sectores participantes como el MINSA, MIMP, GR y GL para que también puedan financiar la contratación de los servicios que se requerían para la organización, articulación y desarrollo del servicio de visitas domiciliarias y seguimiento nominal en sus jurisdicciones. Adicionalmente se habilitó un fondo de 33 millones de soles y se autorizó al MIDIS a realizar transferencias financieras a favor del MINSA, MIMP, GR y GL; y para que nuevos GL puedan implementar la Red AMACHAY con cargo a sus propios recursos, producto de la demanda de inclusión de varios GL. A inicios del año 2021, el 6 de febrero, se renovó el financiamiento, pero el presupuesto asignado se redujo sustancialmente a 3.2 millones de soles, de los cuales S/. 2'916,450.00 fueron destinados a los Gobiernos Locales.

La finalidad del presente estudio fue generar evidencia de carácter cualitativo en base a información primaria y secundaria, sobre el diseño e implementación de la Red Amachay y alcanzar recomendaciones viables para brindar una mejor atención de cara a una nueva etapa postpandemia.

Como parte de la consultoría se hizo una revisión de literatura académica y de política pública. Se identificaron dos áreas de conocimiento, la primera se enfoca en la integración de la entrega de servicios de protección social y los servicios provenientes del área de salud en poblaciones vulnerables y con altas necesidades de atención, en respuesta a la habitual fragmentación de servicios debido a la organización tradicional de estos. La segunda área de conocimiento se enmarca en la asistencia remota a personas vulnerables, que ha aumentado significativamente durante la pandemia (Frost, Nimmons & Davies, 2020). En este caso, la literatura sobre el equivalente a llamadas domiciliarias se puede ubicar bajo el paraguas de soporte telefónico. Aunque hay algunos estudios interesantes, la evidencia actual aún es muy limitada.

Entre los principales hallazgos del estudio destacan los siguientes:

- El diseño respondió a la finalidad de ayudar a la prevención, mitigación y control de la COVID-19 en poblaciones vulnerables de adultos mayores y personas con discapacidad severa. Además, la Red generó información sobre la situación de la población atendida, lo que permitió identificar otras necesidades, en particular la de acompañamiento, soporte socioemocional, y alertas de distinta naturaleza como otras enfermedades, necesidad de asistencia alimentaria, riesgo de abandono y violencia.
- La Red AMACHAY respondió a un vacío previo existente en la articulación y alcance de la prestación de servicios del Estado a grupos específicos que constituyen poblaciones vulnerables, llámese adulto mayor y personas con discapacidad, con comorbilidades. La pandemia de la COVID-19 vino a catalizar un proceso de atención de necesidades fundamentales que no venían siendo adecuadamente atendidas.
- El diseño combinó experiencias exitosas anteriores del MIDIS, pero la intervención no tuvo una teoría de cambio, sino más bien una población objetivo y un problema a resolver. Dada la situación inédita de la emergencia por la COVID-19, la intervención se tuvo que construir sobre la marcha, situación que fue el común denominador para todas las intervenciones nuevas e incluso para la adaptación de las que ya existían. No obstante, en conjunto, las decisiones tomadas fueron acertadas en tanto el diseño de la Red se basó en muchas experiencias exitosas documentadas y conocidas por los distintos actores de la gestión pública en el país. La rapidez del diseño y despliegue, la flexibilidad y la atención a la emergencia son valores largamente superiores en términos de beneficios.
- El contacto inicial con los usuarios de la Red y los Gobiernos Locales permitió “mapear” la casuística y la frecuencia de adversidades y problemas de los usuarios. También permitió identificar qué intervenciones concretas funcionaban y cuáles no.

- El diseño general (arquitectura) de la Red estuvo centralizado en el nivel nacional, y principalmente a cargo del MIDIS. Algunos otros sectores del nivel nacional señalan haber sido consultados y participado cuando fueron convocados para la implementación.
- La definición de la población potencial para la Red fue realizada en base a información que la comunidad científica internacional proveía en el momento inicial de la pandemia, información que luego fue sintetizada por el MINSA en la Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSA.
- Con respecto a la población atendida, surge una zona gris con respecto a las competencias correspondientes al MIDIS y MIMP, en cuanto a la población atendida: adultos mayores y personas con discapacidad.



Sobre los Procesos principales de la Red AMACHAY

- La **Identificación de los usuarios** presentó las siguientes dificultades: 1) la complejidad que implica administrar diferentes fuentes de información, que de por sí son dinámicas en el tiempo, 2) la ineludible atención a la protección de datos personales, lo que plantea la necesidad de establecer mecanismos para que todas las entidades puedan compartir información de forma segura, ágil, oportuna y ordenada. En el segundo año (2021), el proceso de identificación de usuarios le dio mayor autonomía e iniciativa a los Gobiernos Locales en cuanto a la posibilidad de incluir usuarios. Esa flexibilidad permitió una desconcentración y redistribución de las tareas.
- El **Seguimiento Nominal** estuvo a cargo de los gobiernos locales, donde las transferencias presupuestales en los años 2020 y 2021 permitieron contratar personal para dar cumplimiento a esta tarea. En el año 2021 el presupuesto fue muy limitado y se contrató una fracción de lo que había en el 2020. La consecuencia de ello es el cambio brusco en términos de periodicidad y cobertura de usuarios mediante seguimiento.
- El servicio de **Consejería y orientación en prácticas saludables** fue un servicio recurrente que se prestó junto a las llamadas de seguimiento a los usuarios; brindando información sobre nutrición, limpieza de la casa y cuidados frente a la COVID-19. Éste fue un proceso valorado por los usuarios.
- La **Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social** ocurre como parte del Seguimiento

nominal. Los actores sociales afirman que, después del corte del presupuesto del año 2021, la ausencia de estos gestores retrasó el proceso y las coordinaciones necesarias para atender con celeridad a los pacientes.

- En cuanto al proceso de **Soporte, monitoreo y datos**, en el año 2020 los distintos sectores nacionales trabajaron a partir de reuniones de coordinación reportando sus avances y coordinando acciones; progresivamente el MIDIS desarrolló una plataforma en la cual cada sector comenzó a subir información según sus competencias. La plataforma fue mejorando a medida que fue usada; sin embargo, no todos los actores reconocen hacer uso de esta; ya que representantes del MIMP y de ESSALUD expresaron que usan sus propios sistemas. La razón principal, al parecer, es que la plataforma generada por el MIDIS es para el registro de información acotada a los fines de la Red, mientras que los otros sectores tienen cierta necesidad de contar con otro registro.
- Sobre la **Articulación intersectorial e intergubernamental**, ésta se dio en dos niveles distintos. En el nacional, en términos de coordinación y gestión; y en el territorio, a cargo de los representantes de cada sector en terreno, cada uno desde su rol y en coordinación con el gobierno local.
- En el primer año, la articulación intersectorial fue más eficiente y rápida debido, principalmente, a la asignación de un mayor presupuesto asignado a los distintos sectores. Para el segundo año este presupuesto se contrajo y no se contrataron gestores, sino que se nombraron a personas como puntos focales quienes ya tenían un cargo y responsabilidades en aquellas instituciones, lo cual ralentizó el proceso de atención al usuario.
- Dos aspectos que facilitaron o limitaron este proceso fueron los siguientes: el financiamiento disponible y la experiencia previa de articulación que viene de otros programas.
- Otro aspecto que aparece como importante es la percepción-no ajena a la realidad- que se trata de una estrategia definida desde el nivel nacional y a la entidad local sólo le toca implementar. Este hecho puede ser un factor favorable o una limitación.
- El **Rol del Gobierno Regional** en la Red fue relevante en la medida que la responsabilidad de la entrega de los servicios públicos de Salud se encuentra bajo su ámbito. Sin embargo, la gran mayoría de entrevistados, tanto del nivel regional como del nivel local, concuerdan en afirmar que los gobiernos regionales no han tenido un rol más allá del realizado por su sector Salud.
- Todos los entrevistados identifican el rol del Gobierno Local en la Red como cardinal tanto por el diseño de esta, así como en el éxito de la implementación de la Red. Son los Gobiernos Locales que funcionan con articuladores de las demás organizaciones en el territorio.

Análisis de los hallazgos

- Entre las principales fortalezas, se reconocen dos aspectos centrales del diseño de la Red, que fue una respuesta oportuna y eficaz de cara a la situación de emergencia que se avecinaba; y que priorizó la atención a una población extremadamente vulnerable a la COVID-19. Se reconoce además que la Red se construyó sobre instituciones, y no en forma paralela a las acciones, responsabilidades y sistemas existentes a lo largo del Estado.
- El modelo de articulación es valorado por los usuarios y se puede replicar para resolver problemas que afectan a la población, particularmente a los más vulnerables y/o para atender emergencias.
- El rol del gobierno local es clave por su conocimiento del territorio, de los vecinos de su localidad, y por la capacidad de movilización de recursos complementarios y estrategias específicas para responder a situaciones específicas con pertinencia. Ello también porque se apoyan en instituciones ya establecidas como los CIAM, OMAPED y CEM.
- Hubo proactividad de parte de los actores sociales para responder a los obstáculos que encontraron, tanto con la plataforma de información como con la reducción de encargados de puntos focales (gestores locales) y la falta de presupuesto. Se logró resolver situaciones básicas pendientes y problemas existentes desde antes de la emergencia, como la afiliación al SIS. Para ello fue clave la generación y el uso de información para atender otros problemas.
- Entre los principales Cuellos de botella se señala el desempeño variable de los Gobiernos locales, el cual ha sido un factor crítico que afectó la eficacia y la fluidez de implementación de los procesos esenciales de la Red. La frecuente rotación de personal en estas instancias es otro aspecto asociado a la variabilidad en el desempeño de los GL.
- La ausencia o limitado sistema de información, que no permitían contar con data actualizada, fue uno de los problemas mencionado por todos o casi todos los entrevistados. Esta situación generó limitaciones para la etapa de seguimiento, demandando actualizar datos mientras se hacía el seguimiento.
- Otro tema crítico que se encontró, principalmente al inicio de la implementación, fue la desconfianza de la población que mostraba al recibir llamadas. Por un lado, existía el temor a ser víctima de estafas, que se sumó a la falta de experiencia de los usuarios de recibir un servicio de parte del Estado sin haberlo solicitado. En el caso de adultos mayores, se sumó una natural mayor cautela ante la novedad.
- La falta de una política integral de cuidado/protección de ambas poblaciones de la Red Amachay es un obstáculo significativo para que la Red pueda desplegarse como plataforma de articulación y seguimiento a los usuarios.

- Tanto el diseño como la implementación de la Red siguieron un modelo homogéneo. El origen de ello se explica por la inmediatez de la respuesta del Gobierno del Perú, especialmente a través del MIDIS ante la llegada de la pandemia al territorio nacional.
- Se resaltó el problema de las competencias, en particular por el MIMP, desde donde se señalaron dificultades percibidas en la Red. Los entrevistados resaltaron que el ente rector (MIMP) no estuvo presente desde el inicio, aunque por competencias es la instancia que debiera liderar; por ello se cuestionan algunas decisiones tomadas, como la existencia de criterios diferentes para aspectos comunes, por ejemplo, la remuneración del personal y el presupuesto asignado.
- Si bien la falta de financiamiento afectó el trabajo, encontramos evidencia en algunos municipios de que la lógica básica de la Red (seguimiento a usuarios y articulación de servicios para atender a sus necesidades) puede sostenerse, tal vez a menor escala, pero vigente en la medida en que los municipios lo encuentran útil para atender otras situaciones que afectan a la población vulnerable. Se han identificado buenas prácticas que pueden convertirse en una metodología de trabajo multidisciplinario e intersectorial. La articulación de esfuerzos para atender a la población generó procesos conjuntos de capacitación en los cuales cada sector aportaba desde su conocimiento.
- Como recomendaciones, en el corto plazo se propone un rediseño de la Red, entendiéndola como un conjunto de políticas que promueve una organización social de cuidados a las personas vulnerables, y es capaz de generar y articular servicios adecuados y oportunos de cuidado –guardando estándares de calidad-, así como también un conjunto de políticas y acciones articuladas en términos de regulaciones, formación de los recursos humanos, políticas de gestión de

la información y el conocimiento. El sistema de cuidado ha de abarcar a personas que requieren cuidado y también a los cuidadores, manteniendo los aspectos esenciales de identificación/seguimiento y articulación territorial. Los demás elementos pueden ser de naturaleza sectorial, priorizando Salud y Protección Social, dejando flexibilidad a los territorios para su implementación progresiva.

- El proceso de diseño debiera partir de la creación de un consenso técnico, así como de compromiso político de los distintos actores nacionales (MIMP, MIDIS, Salud, ESSALUD, etc.) para conformar una Red de protección social para poblaciones vulnerables de forma permanente. En ese proceso, el rol protagónico del MIDIS tiene que ser calibrado para dar espacio a otras instituciones, especialmente el MIMP, aunque no debiera desaparecer.
- En el mediano plazo se recomienda un diseño de la Red progresivo hacia consolidarse como política pública. Ese diseño ha de considerar la Red como parte de un sistema nacional de cuidados y protección, cuya función sea la articulación intersectorial e intergubernamental, así como la llegada a los usuarios mediante la gestión territorial, dándole un rol clave a los gobiernos locales.
- A nivel nacional se recomienda insertar y/o adaptar mecanismos existentes en la política pública que permitan sentar las bases para la consolidación y crecimiento de la Red. Se sugiere especial énfasis en mecanismos de incentivos que permitan reordenar los recursos existentes (aunque escasos) de los gobiernos locales hacia la identificación y mapeo de potenciales usuarios (probablemente categorizados en cuánto a riesgo y dependencia) y posibles ofertas de servicios. A nivel local, seleccionar algunos Municipios que sirvan de piloto y de futuros casos de éxito, donde se den las condiciones más favorables para el despliegue de la Red.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Importancia y justificación

A inicios del primer trimestre del año 2020, el Perú se declara en estado de emergencia sanitaria a nivel nacional con la finalidad de realizar acciones de prevención, control y atención de salud para la protección de la población de todo el país como respuesta a la inminente propagación de la pandemia causada por el virus SARS-Cov-2. Es en este escenario donde se crea la Red de Soporte al Adulto Mayor en Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa – AMACHAY, mediante el Decreto de Urgencia N° 026-2020. La Red AMACHAY nace así en el marco de las acciones implementadas por el Gobierno como respuesta a la emergencia sanitaria producida por la COVID-19.

La Red AMACHAY constituye una intervención intersectorial e intergubernamental que tiene por finalidad brindar servicios de promoción, prevención y protección a una porción de la población más vulnerable del país. La población objetivo estuvo compuesta por personas adultas mayores de 60 años en alto riesgo (PAMAR) que presentasen al menos una enfermedad crónica (R.M. N° 193-2020-MINSA) y las personas con discapacidad severa (PCDS). La Red AMACHAY buscaba así contribuir a la mitigación de los efectos de la COVID-19 en la salud de dicha población; contribuir a la contención de nuevos casos; y también como instrumento para mitigar la vulnerabilidad de dicha población que pudiera producirse como consecuencia de periodos de aislamiento obligatorio. Para ello, la Red buscó coordinar y articular esfuerzos de diversas entidades del Estado en los niveles de gestión, Nacional, Regional y Local.

La finalidad del presente estudio fue generar evidencia de carácter cualitativo en base a información primaria y secundaria que permita a los diferentes sectores que gestionan la Red AMACHAY identificar mejoras en su diseño y en sus procesos de implementación de cara a nueva etapa postpandemia.

Considerando que la implementación de la Red AMACHAY se da en un contexto de emergencia sanitaria por la COVID-19 del país, por lo que requirió de adaptaciones y cambios de acuerdo con las poblaciones PAMAR y PCDS a quienes se orientaba. También es relevante documentar los procesos de su implementación a fin de identificar las posibilidades de una mejor atención a las necesidades de dichas poblaciones.

Es importante señalar que inicialmente los Términos de Referencia alcanzados por el MIDIS proponían realizar una evaluación del diseño e implementación de la Red Amachay con una estrategia metodológica centrada en cuatro estudios de caso en las unidades territoriales, abarcando la diversidad de actores de la Red y de usuarios que recibieron el paquete de servicios de la intervención, pero debido a las condiciones generadas por la pandemia de la COVID-19-19, no se logró contactar a la diversidad de actores esperados, configurándose finalmente como un estudio cualitativo exploratorio. No obstante, dada la importancia del tema se prosiguió con el estudio, logrando recoger importante información del nivel central y en distintos ámbitos del país, con importantes actores involucrados, logrando analizar la información a través de ejes temáticos, y contrastándola con la información secundaria, de modo que se logró alcanzar el objetivo de contar con recomendaciones relevantes para el diseño y para la implementación operativa de la Red Amachay.

1.2 Objetivos del estudio

El objetivo principal de la presente consultoría fue evaluar la implementación de los servicios que brinda la Red AMACHAY a las PAMAR y PCDS a fin de alcanzar recomendaciones viables orientadas a mejorar su implementación para los dos años de la implementación.

El estudio tuvo 5 objetivos específicos, que, interconectados entre sí, buscan emitir un juicio sobre el diseño y la implementación de la Red AMACHAY, señalados a seguir:

- 1) Analizar el diseño de la Red AMACHAY desde el problema que se propuso resolver, sus objetivos planteados y la lógica de la intervención a través del planteamiento de la cadena de valor u otros instrumentos utilizados.
- 2) Evaluar los procesos en la implementación de la Red AMACHAY a las PAMAR y PCDS usuarias, considerando la diversidad de actores sectoriales involucrados en los distintos niveles de gobierno y territorios.
- 3) Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos del diseño y de la implementación de la Red AMACHAY¹. Analizar las experiencias y valoración de la Red por las

- 4) PAMAR y PCDS y/o sus cuidadores.

Alcanzar recomendaciones específicas viables orientadas a 5) mejorar la propuesta de diseño de la Red y su implementación.

Los objetivos se pueden relacionar entre sí. Consideramos que los objetivos 1), 2) y 4) cubren tres dimensiones distintas, a saber, el diseño de la Red, sus procesos de implementación, y finalmente, la experiencia de actores sociales y usuarios. El punto 4) se refiere a la creación de valor público, entendido como el valor creado por el Estado a través de la calidad de los servicios que presta a sus ciudadanos y mediante el desarrollo de políticas públicas que puedan efectivamente satisfacer las necesidades de la población.

Estos objetivos pueden ser considerados como un continuum dado que abarcan todo el ciclo de la política pública: diseño, planificación, ejecución, y evaluación. El objetivo 3) es subsidiario a los objetivos 1) y 2) dado que comporta el juicio realizado por los entrevistados y los investigadores sobre el diseño y el análisis de procesos. Finalmente, el objetivo 5) agrupa propuestas que nacen a partir del examen de la información producida en los objetivos previos del estudio, unido a la revisión de literatura académica y de experiencias de política pública, así como el conocimiento del contexto del país y del sector público.



¹ En los TdR se solicita la identificación de fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la implementación, pero no del diseño. Consideramos que enfocar el diseño desde esa perspectiva también contribuye al juicio que emitimos.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Intervenciones estudiadas en la literatura académica

La estrategia de la Red AMACHAY se puede enmarcar en la intersección de dos cuerpos distintos de literatura académica y de política pública. Por un lado, hay un área del conocimiento que se enfoca en la integración de la entrega de servicios de protección social y los servicios provenientes del área de salud en poblaciones vulnerables y con altas necesidades de atención -lo que coincide con la población objetivo de la Red AMACHAY-. Esa unificación responde a una habitual fragmentación de servicios debido a la organización tradicional de estos, ya sea a nivel nacional, o a nivel local. El cuidado integrado aparece como una solución al problema centrándose en la persona en vez de centrarse en los servicios (M., F. & H., 2003; Baxter et al., 2018; Briggs & Araujo de Carvalho, 2018). También responde a la creciente preocupación por la ineficiencia y el aumento de los costos de las formas existentes de prestación de servicios de salud para los adultos mayores y personas con discapacidad, lo que ha estimulado el desarrollo de nuevas intervenciones.

Este problema no es exclusivo del Perú, y más bien, ante la ausencia de una política estructurada de protección social-más allá de programas aislados existentes- se podría moldear una política de integración de cuidados sin la necesidad de pasar por la complicada experiencia de reformar ambos sistemas ya consolidados y/o anquilosados. Por ejemplo, en diversos países europeos de “socialdemocracia”, poseen sistemas consolidados e independientes de salud y protección social, y por ello vienen pasando por complejas experiencias de reformas administrativas, financieras, de personal, así como de la “entrega en casa” de servicios, entre otros. En el caso del Perú, la ausencia de una política estructurada permitiría el diseño e implementación de un modelo que desde el punto de partida integre ambos aspectos.

En ese sentido, consideramos que el concepto de “desplazamiento evitable del hogar” (conocido por su acrónimo en inglés, ADH) ayuda a centrar el análisis de la estrategia (Lloyd-Sherlock et al., 2019). El ADH puede entenderse como lo que permite que las personas mayores o con discapacidad moderada y severa opten por permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible cuando esto sea lo mejor para ellos. Asimismo, ofrece un marco integral para tratar la atención sanitaria y social como un solo sistema, examinando las relaciones entre diferentes entornos de atención. Combina la consideración del individuo, sus preferencias y agencia personal con una perspectiva de sistemas de salud. De esta manera, la ADH engloba y agrega valor a varios conceptos establecidos, incluidos los modelos de atención geriátrica centrados en la persona, atención integral, envejecimiento en el lugar y continuidad asistencial.

Una reciente revisión sistemática (Sempé, Billings & Lloyd-Sherlock, 2019) incluyó diferentes intervenciones centradas sobre la reducción del desplazamiento evitable del hogar de personas mayores, que van desde una gama de diseños complejos como programas de hospital en el hogar a programas más simples como revisiones de medicamentos. Estas intervenciones ocurrieron en diferentes períodos de tiempo, incluidos los servicios de atención de transición a corto plazo y los más prolongados, como el hospital en intervenciones de asistencia domiciliaria y manejo de casos. El número de

cuidadores, tanto el permanente, periódico o naturaleza esporádica de su trabajo y sus especializaciones varió significativamente. Las 15 intervenciones estudiadas se basaron casi en su totalidad dentro del sistema de salud y fueron proporcionadas por una amplia gama de especialistas en salud. Con la excepción de tres estudios, no se encontró una clara integración entre servicios de salud y otras áreas de intervención social, como vivienda o asistencia social. Al mismo tiempo, hubo una ausencia de medidas preventivas en las intervenciones estudiadas, todas centrándose en cuidados paliativos o remediales.

Un ejemplo exitoso de integración se da en el Programa Maior Cuidado (PMC), en la ciudad de Belo Horizonte en Brasil. Desde 2011 donde ha estado operando un esquema innovador para apoyar a las personas mayores dependientes de cuidados en comunidades desfavorecidas. El gobierno de la ciudad había estado preocupado por la capacidad limitada y, a veces, la muy baja calidad de los centros locales de atención de largo plazo y por la evidencia de un número cada vez mayor de personas mayores dependientes de la atención que viven en vecindarios pobres. En consecuencia, había mucho interés en desarrollar un nuevo modelo de atención sanitaria y social comunitaria para estas personas mayores.

Las familias que participan en PMC reciben apoyo de cuidadores capacitados, que son reclutados en comunidades similares y se les paga un salario básico. Cada familia recibe entre 10 y 40 horas de apoyo de cuidados a la semana, según el nivel de necesidad de la persona mayor y la situación más amplia de la familia. No se espera que los cuidadores de PMC reemplacen la responsabilidad del cuidado familiar de los parientes dependientes. En cambio, la atención se centra en brindar a los cuidadores familiares un respiro de lo que a menudo es una actividad agotadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También se espera que los cuidadores de PMC trabajen con las familias para desarrollar sus habilidades y competencias de cuidado y para acordar un plan de cuidado. Además de brindar apoyo diario, los cuidadores de PMC monitorean la situación de la persona mayor e informan sobre las revisiones mensuales de casos realizadas por el personal de los puestos de salud. Un reciente estudio examina dos efectos potenciales de la inclusión en PMC sobre la utilización de los servicios de salud por parte de las personas mayores. La primera es que estar en PMC se asocia con una mayor frecuencia de visitas ambulatorias para rehabilitación. Junto con sus otras responsabilidades, los cuidadores de PMC continúan apoyando a las personas mayores cuando están en el hospital, con miras a facilitar el alta a las familias y mejorar los vínculos centrados en la persona entre los proveedores de atención hospitalaria y externa [11]. Esto incluye apoyar la recuperación y reducir el riesgo de readmisión identificando las necesidades de rehabilitación e informándolas a las revisiones de casos del PMC. La segunda hipótesis es que estar en PMC se asocia con una mayor frecuencia de visitas ambulatorias planificadas versus no planificadas. Los cuidadores de PMC están capacitados para reconocer las señales de advertencia de posibles problemas de salud agudos y notificarlos de inmediato a los centros de salud (Aredes et al., 2021).

Otro ejemplo previo a la pandemia es la articulación del Programa Pensión 65 a resultados de salud. Es así como, de acuerdo con el 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.” Por ejemplo, la más reciente propuesta de cadena de valor (ver Gráfica 1), se propone la actividad específica de 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, lo que está vinculado al resultado específico personas de 65 años a más reciben paquete de cuidados esenciales en salud.

Sin embargo, diversos estudios ponen en evidencia la complejidad y no linealidad de las conexiones entre pensiones no contributivas y salud en el mundo-lo que también incluye información del Perú-, con resultados de investigación que pueden ser considerados como inconclusos. Por ejemplo, una relativamente reciente revisión sistemática que evalúa el efecto de transferencias no condicionadas en países de ingreso bajo y medio, no encuentra una clara asociación de la entrega de beneficios con un incremento del uso de servicios de salud, al mismo tiempo que 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, p. 201). Por otro lado, en un estudio sobre el impacto de pensiones no contributivas en Sudáfrica, donde las pensiones equivalen 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 & Agrawal, 2014). Por otro lado, también se encuentran algunas experiencias positivas entre pensiones y salud mental en términos de percepción de disminución de síntomas de depresión (Salinas-Rodríguez et al., 2014; Galiani, Gertler & Bando, 2016), siendo que Perú, Colombia y México son los casos donde se encuentran algunos resultados positivos, aunque bastante limitados. Ello también es encontrado en el caso de Pensión 65, donde tanto la evaluación cuasiexperimental ya realizada (MEF, 2016), así como el análisis de información recolectada mediante las encuestas anuales de percepción en los últimos años (Guerrero, Córdova & Puma, 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. 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 vuelve no significativa cuando las pruebas de hipótesis son ajustadas por múltiples comparaciones (Bando, Galiani & Gertler, 2020).

La otra temática de literatura se enmarca en la asistencia remota a personas vulnerables, que ha aumentado significativamente durante la pandemia (Frost, Nimmons & Davies, 2020). En este caso, la literatura sobre el equivalente a llamadas domiciliarias se puede ubicar bajo el paraguas de soporte telefónico. Aunque hay algunos estudios que se sugieren prometedores, la evidencia aún es muy limitada en la actualidad.

Se encontró 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 la 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.

Otra posible repercusión de la llamada en el hogar es reportada por Smith & Toseland (2006), que presentan un estudio donde se da soporte telefónico, basado en 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, donde se encontraron resultados positivos para los hijos en términos de reducción de la carga y estrés por el cuidado, así como un mayor conocimiento y uso de servicios comunitarios. Algunos ensayos controlados han demostrado impactos positivos en la calidad de vida usando video ejercicios con llamadas telefónicas semanales (Vestergaard, Kronborg & Puggaard, 2008), y reducción de la depresión con terapia de resolución de problemas proporcionada por videoconferencia (Choi et al., 2014). De manera similar, para las personas mayores desnutridas, intervenciones nutricionales telefónicas con dietistas mejoró la ingesta de proteínas y la calidad de vida, pero no otros resultados en 1a revisión sistemática de 9 estudios (Marx et al., 2018).

Ya en el caso del Programa Pensión 65, el servicio de visitas domiciliarias (y de llamadas telefónicas-llamadas visitas remotas-) 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. Otros sistemas de pensiones de la región-tanto por edad como por discapacidad- también poseen mecanismos de visitas domiciliarias. Por ejemplo, el sistema de pensiones de Costa Rica (Willmore, 2007) contiene un sistema de visitas que cumplen 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 Dominicana y algunos estados en México, las visitas cumplen la función de registro de nuevos pensionistas en caso de imposibilidad de traslado de este a una agencia previsual. Las debilidades del protocolo de implementación de la Red 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 desconocimiento. 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.

2.2 Experiencias nacionales

La llegada de la COVID-19 a América Latina y el Caribe implicó una serie de políticas, estrategias y mecanismos para mitigar la expansión del virus y proteger a la población, especialmente la más vulnerable. En el Perú, se crean un conjunto de estrategias multisectoriales temporales que serán descritas a seguir.



2.2.1. Operación Tayta

El 30 de noviembre del 2020, mediante el DS N° 184-2020-PCM, se declara nuevamente el Estado de Emergencia Nacional y se establece el Grupo de Trabajo denominado “Te Cuido Perú” de carácter multisectorial, liderado por el Ministerio de Defensa, con el objetivo de brindar vigilancia y asistencia a las personas afectadas por la COVID-19. En el marco de las labores de este grupo de trabajo se crea la estrategia Operación Tayta.

En ese marco nace la estrategia “Operación Territorial de Ayuda para el Tratamiento y Aislamiento frente a la COVID-19”-más conocida como “Operación Tayta”-, la cual inició en diciembre del año 2020 a través del DS N° 013-2020-DE. Esta estrategia es liderada por el MINDEF con la participación de distintos sectores e instituciones públicas (MINSALUD, MIDIS, MINAGRI, MTC, MIMP, ESSALUD, INDECI, PNP), la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros y cuenta con el apoyo de los gobiernos locales y regionales.

Esta estrategia tiene como objetivo la identificación, prevención de la propagación de la COVID-19 a nivel nacional, a través de la atención, monitoreo y contención de la enfermedad mediante intervenciones multisectoriales focalizadas en la población más vulnerable de una determinada zona geográfica, es decir, las personas adultas mayores, y personas con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, entre otras, quienes presentan mayor posibilidad de

enfermar y tener complicaciones al desarrollar la COVID-19 y requieren de una asistencia especial (DS N° 013-2020-DE). La detección de estos casos permite tomar medidas para evitar su propagación y disminuir la demanda de servicios hospitalarios. En ese sentido, la estrategia consta de cinco ejes de acción: i) detección y aislamiento de los infectados; ii) asistencia alimentaria para ellos y sus familias; iii) seguimiento y control médico; y iv) apoyo en caso de presentarse fallecimientos.

El proceso empieza con el empadronamiento de los hogares vulnerables, donde existe presencia de adultos mayores y personas con enfermedades preexistentes. Posteriormente, los equipos de Respuesta Rápida del MINSA integrados por médicos, enfermeras y técnicos de salud se trasladan a los domicilios de la población objetivo a fin de efectuar el tamizaje para detectar casos positivos, diagnóstico clínico, entrega de Medicamentos para tratamiento y seguimiento epidemiológico. Luego de detectados los casos positivos, se les brinda alimentos para 15 días brindados por el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI); y se realiza el seguimiento clínico del infectado y su familia para evaluar el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, se brinda soporte emocional para acompañarlos durante el aislamiento. Si la residencia de la familia o persona no cuenta con las condiciones para aislarse de forma segura, un equipo de aislamiento traslada al infectado a la Villa Panamericana o a otros lugares tanto de Lima o de otras regiones. Finalmente, en caso de que el infectado muera, equipos humanitarios junto con el apoyo de la PNP o Fuerzas Armadas hacen el recojo de los cadáveres, siguiendo un protocolo establecido por el MINSA.

La Red AMACHAY durante el 2021 realizó el apoyo a los operativos Tayta, formando parte de la estrategia de coordinación intersectorial y se realizaba reuniones semanales de evaluación. Es preciso indicar que, de las fases planteadas por el Operativo Tayta, la Red AMACHAY interviene en la Fase 2, denominada Identificación, apoyando el proceso de empadronamiento que está a cargo del Gobierno Local, en aquellos distritos priorizados donde la Red interviene. Se utilizó como insumo el padrón nominado de la Red y se realizaron las coordinaciones con 15 días de antelación a la realización del operativo. El informe 2021 da cuenta que hasta el 27 de mayo de ese año se habían realizado 98 operativos Tayta en 62 distritos AMACHAY, contando con 3,192 usuarios de la Red AMACHAY empadronados para los Operativos Tayta. La fecha corresponde a la interrupción del apoyo a los Operativos Tayta, debido a que se agotaron los recursos y presupuesto para la contratación de Coordinadores Regionales de la Red de Soporte. Esta interrupción permitiría, por ejemplo, la realización de un diseño cuasiexperimental de diferencia en diferencias entre distritos con y sin Operación Tayta y Red AMACHAY.

2.2.2. Yanapay

La estrategia “Estrategia Preventiva para Centros de Atención para Personas Adultas Mayores” -más conocida como “Yanapay60+”- se inició en febrero del 2021 a través del DS N° 001-2021-MIMP y es liderada por el MIMP y con la participación de distintos sectores e instituciones públicas (MINSA y ESSALUD) y cuenta con el apoyo de los gobiernos locales y regionales.

Esta estrategia fue creada en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19, con la finalidad de articular acciones sanitarias con las diversas entidades públicas, a fin de velar por la protección del derecho de acceso a la salud y otros derechos

de las PAM residentes de Centros de Atención Residencial (CARPAM), acreditados y no acreditados por el MIMP, mientras durara la emergencia sanitaria. Se brinda atención diferenciada y prioritaria a la población adulta mayor porque se encuentra en mayor situación de riesgo por desprotección y porque presentan fragilidad o dependencia y por tanto, tienen menos capacidad de respuesta para superar los impactos de la enfermedad.

Su plan de trabajo se aprobó el 29 de marzo del 2021 (RM N° 099-2021-MIMP) y contempla la ejecución de acciones de acompañamiento, asistencia técnica y monitoreo permanente durante el periodo de abril-agosto 2021. En ese sentido, la estrategia consta de distintos ejes de acción:

- Visitas coordinadas y articuladas con las entidades intervinientes a los CARPAM, a fin de verificar y orientar la implementación de medidas de bioseguridad para la prevención del contagio de la COVID-19.
- Vacunación contra el neumococo, influenza, difteria, COVID-19 y otros, así como práctica de pruebas de descarte de la COVID-19 a la población objetivo
- Afiliación al Seguro Integral de Salud- SIS a las personas adultas mayores residentes de los CARPAM
- Coordinar la ejecución de acciones de promoción y prevención, y atención de la salud mental.
- Fortalecer las competencias técnicas del personal de CARPAM que atienden los temas referidos a cuidados preventivos y atención frente a la pandemia.

2.3 Experiencias internacionales

En el caso de América Latina, existe heterogeneidad en la consolidación de los sistemas de cuidado y protección social para personas vulnerables, donde las más relevantes son mencionadas en los siguientes párrafos. En la región existen iniciativas lideradas por el Banco Interamericano de Desarrollo, que crea el Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia con el objetivo de informar a los tomadores de decisiones sobre las condiciones de salud y necesidades presentes y futuras de servicios de apoyo a los adultos mayores, de modo que las políticas se establezcan en función de la evidencia empírica disponible.

En agosto del 2020, se crea la Red de Políticas de Cuidado de Larga Duración en América Latina y el Caribe (RedCUIDAR+) para acompañar los esfuerzos de los países de la región y aumentar su capacidad institucional y técnica en el área de servicios de atención a la dependencia de adultos mayores. Esta iniciativa cuenta con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de la Unión Europea EUROSOCIAL+ y la Agencia Francesa de Desarrollo.

Ambos espacios son una referencia de recopilación y difusión de información que puede ser relevante para el fortalecimiento de una red de protección social en el Perú.

Dentro de la diversidad, Chile y Uruguay despuntan con sistemas más longevos, y por lo cual, más consolidados.

En el caso de Chile, la intervención Chile Cuida forma parte del

Sistema Intersectorial de Protección Social que tiene como misión acompañar y apoyar a través de diferentes servicios, a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores, sus hogares y su red de apoyo. Chile Cuida integra acciones en el ámbito del hogar, en la comunidad o a través de instituciones, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades específicas de las personas dependientes, sus cuidadores/as y sus hogares. Se implementa en cada municipio como “Programa Red Local de Apoyos y Cuidados”, por lo que su acceso es coordinado por las Municipalidades de cada región.

Consiste en visitas directas a los hogares realizadas por funcionarios/as de cada municipio, para que las personas en situación de dependencia y discapacidad accedan a la red comunal de servicios que entrega el Estado, como ayudas técnicas, orientación, atención domiciliaria, adaptaciones en el hogar, entre otros. También implica un seguimiento permanente a los hogares, a través de visitas y llamadas telefónicas, con el objetivo de reconocer los avances y nuevas necesidades que surjan en el hogar.

Los servicios principales que brinda Chile Cuida son los siguientes:

- Ayudas técnicas: Acciones de apoyo en la disposición y uso de dispositivos tecnológicos accesibles a fin de facilitar la realización de actividades de la vida diaria de la persona en situación de dependencia.
- Adaptaciones en el hogar: Adaptaciones en el interior del hogar de la persona en situación de dependencia para viabilizar una mayor accesibilidad y facilitar su movilización al interior.
- Capacitación a las personas cuidadoras: Proceso de formación en cuidados a personas que atienden a otras en situación de dependencia.
- Acceso a programas de atención domiciliaria: Servicios básicos de cuidado en el domicilio de la diada de cuidado, a fin de contribuir a la disminución de sobrecarga de la persona cuidadora principal, y mejorar las condiciones de atención a la persona en situación de dependencia.
- Orientación: Pautas y acompañamiento por parte de profesionales especializados a la diada de cuidados.
- Centros diurnos de prevención de severidad: Identificación y derivación de casos a servicios de cuidado especializado para la prevención de severidad de la dependencia y la continuidad de estadía en su lugar de vivienda.

En el caso de Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Apoyos y Cuidados (SNIC) es un conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como la regulación de las personas que cumplen servicios de cuidados. Los servicios ofrecidos son:

- **Centros de Larga Estadía.** La intervención en estos centros se basa en la construcción de una Estrategia de Regulación para los mismos, en conjunto con el Ministerio de Salud, a

fin de garantizar el mejoramiento y mantenimiento de su equipamiento necesario y la capacitación a su personal. Este servicio está dirigido a personas en situación de dependencia más severa. En la actualidad, se tiene la estrategia denominada “Cuidados + Calidad: fomento a la mejora de hogares y residenciales privados”. Junto a República Microfinanzas (BROU)², el SNIC lanzó una línea de crédito para que los residenciales y hogares privados para personas mayores puedan invertir en mejorar la calidad de los servicios que prestan. El objetivo de esta iniciativa es facilitar el acceso a financiamiento para que estos centros de cuidados ejecuten proyectos de mejora de sus servicios y acciones que les ayuden a completar su proceso de habilitación.

- **Centros Diurnos.** Estos centros tienen modalidades diferentes en distintas partes del país. Cuenta con personal capacitado que realiza estimulación cognitiva y ejercicios físicos para contribuir a retrasar y/o evitar situaciones de mayor dependencia. Este nuevo servicio del Sistema de Cuidados cuenta con subsidios totales para todas las personas que accedan, es decir, la asistencia y participación sin costo. Las personas mayores pueden asistir con una frecuencia de 2, 3 o 5 días por semana.
- **Teleasistencia.** Estos servicios son para personas en situación de dependencia leve y moderada. La Teleasistencia está dirigida sobre todo a personas que viven solas. La persona cuenta con un dispositivo tecnológico para que pueda comunicar a través de una alarma una situación de emergencia en la que se pueda encontrar. Se brinda subsidios en función de los ingresos del hogar y el número de personas con las que la persona en situación de dependencia vive. A la suma de ingresos se le resta el equivalente a pensión por invalidez y el resultado se divide entre el número de integrantes.
- **Servicio de Asistentes Personales.** Estos servicios son para personas en situación de dependencia leve y moderada. Es un programa que consiste en que una persona va a la casa de la persona usuaria en situación de dependencia de lunes a viernes cuatro horas cada día aproximadamente y la apoya en todo lo que precisa de ayuda para la satisfacción de sus necesidades básicas (alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras) y así, tener más autonomía. Este servicio tiene un modelo de financiamiento nacional y cuenta con subsidios totales o parciales. Se generó un Registro Nacional de Cuidadores para que se registren y avalen a todas las personas que son capacitadas como tal. Se construyó además una Estrategia de Formación de Cuidadores en coordinación con el Instituto Nacional de Formación del Uruguay para capacitar y asegurar que sea un servicio de calidad. Este servicio ha sido activo de manera sostenida por cuatro años; sin embargo, actualmente está paralizado.

Los demás países de la región, tales como México, Brasil y Argentina tienen estrategias a nivel nacional (federal) similares al Perú: centros diurnos, centros de larga estadía nocturnos, y redes de soporte de la emergencia en caso de abandono. Lo que varía son los mecanismos de financiamiento y nivel de responsabilidad de la gestión. Ya en el nivel local, existen diversas iniciativas exitosas tales como el Programa de Maior Cuidados o InfoMayor.

² República Microfinanzas (BROU). Recuperado de: <https://micredito.uy/>

3. RECUENTO DOCUMENTARIO DE LA RED AMACHAY

La revisión documental del proceso de diseño de la Red AMACHAY está basada en el producto de la consultoría de elaboración de la nota conceptual para la sostenibilidad de la Red AMACHAY (Ramos Bonilla, 2021), en la normativa de ambos años, en los informes anuales elaborados por el área responsable de la Red, y en la revisión académica de iniciativas innovadoras y novedosas que puedan servir de referencia para la Red en el futuro.

La lectura de la documentación obtenida permite distinguir claramente las diferencias entre las intervenciones en el año 2020 y el 2021 hasta el mes de julio, que corresponde a la implementación con los recursos transferidos en dicho año fiscal.

3.1 Red AMACHAY - 2020

3.1.1. Descripción general en base a normativa e informes de gestión

Entre los primeros documentos de organización de la Red, se define como objetivo la articulación del trabajo territorial entre los diferentes sectores y niveles de gobierno para el seguimiento nominal y la atención oportuna de la población objetivo, en el marco de la emergencia sanitaria para la prevención y control del coronavirus (DS N°005-2020-MIDIS). En el mes de julio del año 2020 se amplían los objetivos a brindar servicios de promoción y protección “que contribuyan con la mitigación de los efectos de la COVID-19 y la contención de nuevos casos; así como para disminuir la afectación de su vulnerabilidad” (RM N° 098-2020-MIDIS; DS N° 010-2020-MIDIS).

El artículo 5 del Decreto Supremo 005-2020-MIDIS indica el conjunto de servicios que debe recibir la población objetivo para contribuir con la mitigación de los efectos de la infección por la COVID-19 y la contención de nuevos casos de contagio. La Red AMACHAY abarca cinco tipos de servicios: i) consejería, con énfasis en prevención del contagio y promoción de prácticas saludables; ii) generación de alertas para la identificación oportuna de personas con síntomas de la COVID-19; iii) inmunización; iv) seguimiento a los casos bajo sospecha de la COVID-19 y que están a la espera de los resultados de laboratorio; e v) identificación y gestión de alertas sobre situaciones de riesgo en la población objetivo.

La población objetivo de la Red está conformada por las personas adultas mayores en alto riesgo (PAMAR) y las personas con discapacidad severa (PcDS). Las PAMAR fueron definidas como personas de 60 años a más con alto riesgo por presentar al menos una enfermedad crónica o comorbilidad, enfermedades identificadas por el sector salud en el Documento Técnico de Atención y Manejo Clínico de casos de la COVID-19. Asimismo, las PcDS fueron definidas como aquellas personas que tienen dificultad grave o completa para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, requiriendo para ello del apoyo de dispositivos o asistencia personal permanente o la mayor parte del tiempo, independientemente de su edad, como se establece en la Norma Técnica en Salud N° 127-MINSA/2016/DGIESP (RM N° 139-2020; DS N°005-2020-MIDIS).

Entre los meses de marzo y diciembre del 2020, la Red AMACHAY se implementó en 152 distritos de 25 provincias y 24 departamentos, los cuales han sido definidos principalmente por el tamaño de la población, de conformidad con el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 026-2020, que autoriza al MIDIS la organización y desarrollo de una Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa. Complementariamente, el Decreto de Urgencia N° 026-2020 del día 15 de marzo del 2020, autorizó al MIDIS la organización y desarrollo de una Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa (Art. 2).

3.1.2. Paquete de intervenciones priorizadas

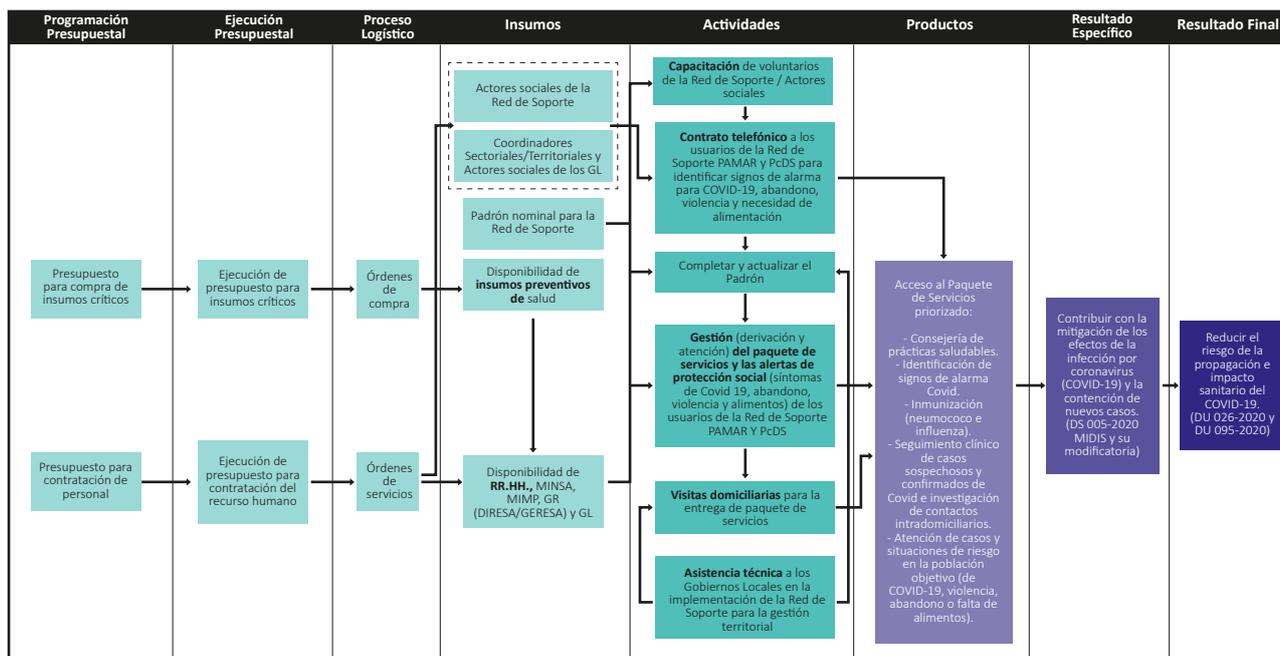
En la creación de la Red AMACHAY, se establecieron los sectores del Gobierno Nacional que forman parte del trabajo articulado: el MIDIS, con su rol de entidad articuladora, el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS), la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales; y los Gobiernos Regionales (GR) y los Gobiernos Locales (GL). Estas entidades ofrecieron de forma coordinada un paquete de intervenciones priorizadas a las PMA y PcDS. Estas contemplaban inicialmente las siguientes acciones:

- Consejería de prácticas saludables y orientaciones para prevenir el contagio y mitigar los efectos de la infección por coronavirus, según protocolo establecido por el MINSA;
- Identificación de signos de alarma para la infección por la COVID-19;
- Inmunización (neumococo e influenza, según esquema de vacunación vigente); y,
- Seguimiento de casos probables e investigación de contactos intradomiciliarios.

Posteriormente, a través de la RM N° 146-2020-MIDIS³ emitida en septiembre del 2020, se agregó como una de las intervenciones priorizadas la: “Identificación y gestión de alertas sobre situaciones de riesgo en la población objetivo”. Estas alertas son definidas como “las situaciones de riesgo identificadas por las y los voluntarios y/o actores sociales en la población objetivo como parte de las comunicaciones de primer contacto, o como parte del seguimiento telefónico y/o visita domiciliaria”. Estas alertas pueden ser de 4 tipos: sospecha de la COVID-19, riesgo de abandono, presunta situación de violencia, y necesidad de alimentos (RM N° 147-2020-MIDIS).

La cadena de valor de la Red AMACHAY en el año 2020 ha sido esquematizada en el Gráfico 1, donde se observa la secuencia de acciones desde la etapa de programación presupuestal hasta la contribución al resultado final. Las tres primeras columnas de la izquierda dan visibilidad a procesos vinculados a los sistemas administrativos de presupuesto (que incluye necesariamente el de planificación) y contrataciones. En la cuarta columna se listan cinco Insumos críticos, siendo tres relacionados a recursos humanos (propios de la Red y actores en los distintos niveles de gobierno). Los dos insumos restantes son el padrón nominal e insumos preventivos de salud (considerando que este insumo ha de estar en las cadenas de valor de los programas presupuestales a cargo del MINSA). Las actividades listadas son seis, siendo que dos tienen incidencia directa en los usuarios: contacto telefónico a usuarios y visitas domiciliarias. Las demás pueden dividirse en soporte (capacitación a voluntarios/actores de la Red y asistencia técnica a los Gobiernos Locales) y de gestión (completar padrón y gestión de paquetes de servicios y alertas de protección social). La columna de Productos propone uno solo, que agrupa los servicios priorizados (consejería, identificación de signos de la COVID-19, inmunización, seguimiento clínico de casos sospechosos y atención de casos en situaciones de riesgo). Finalmente, el Resultado Específico y el Resultado Final aparecen vinculados a la mitigación de los efectos de la infección por la COVID-19 y al riesgo de propagación e impacto sanitario.

Gráfico 1: Cadena de valor año 2020



³ Documento que aprueba la modificación al Paquete de Servicios Priorizados para las Personas Adultas Mayores con Alto Riesgo y Personas con Discapacidad Severa, en el marco de lo dispuesto por el numeral 5.2 del artículo 5 del Decreto Supremo N° 005-2020-MIDIS, modificado por Decreto Supremo N° 008-2020-MIDIS.

3.1.3. Roles de los sectores y niveles de gobierno

Con la finalidad de implementar estas intervenciones del paquete de servicios priorizados de forma articulada, descentralizada y bajo un enfoque territorial y de servicios centrados en las personas, los distintos sectores y niveles de gobierno asumieron diferentes funciones o responsabilidades y se ordenó la ejecución de la estrategia en cuatro fases que serán explicadas en la siguiente sección.

El MIDIS tuvo la función de ser el ente articulador de las entidades del gobierno nacional, regional y local que fueron parte de la Red AMACHAY: así como, coordinar su diseño, planificación, implementación y seguimiento.

Asimismo, el MIDIS fue el responsable de la gestión y administración del Padrón Nominado de PAMAR y PcDS. Esta es una relación de usuarios potenciales de la Red AMACHAY que contiene datos nominales como: nombres y apellidos, tipo y número de documento de identidad, dirección, teléfono, tipo de seguro de salud y enfermedades crónicas que padecen y datos del cuidador. Este padrón nominal unificado de usuarios fue creado buscando garantizar la interoperabilidad usando los bancos de datos personales que manejan diversos sectores de gobierno.

Adicionalmente, esta información podría ser visibilizada y actualizada en el Portal de Seguimiento de las PAMAR y PcDS que era manejado por el MIDIS y constituía una herramienta para las Instancias de Articulación Local (IAL) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS, garantizando que los datos se encuentren protegidos y que su uso corresponda a los no contemplados en el marco de la emergencia sanitaria.

Por su parte, el Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAIS), adscrito al MIDIS, también brindó asesoría y asistencia técnica a los Gobiernos Locales para la gestión territorial como enfoque fundamental durante la implementación de la Red AMACHAY.

Por otro lado, el MINSA, desde la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y a través de la Dirección de la Promoción de la Salud, Dirección de Inmunizaciones, Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral y Dirección de Prevención y Control de Discapacidad, definió las estrategias a considerar para la entrega del paquete de servicios priorizados conforme a sus funciones y en el marco de la normativa vigente.

El MIMP se encargó de la atención de las alertas de violencia y abandono efectuadas por los actores sociales de las Instancias de Articulación Local (IAL) y realizó las acciones correspondientes, establecidas en la Segunda y Tercera Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 005-2020-MIDIS, que aprueba el diseño de la Red AMACHAY. Adicionalmente, en la consultoría previa realizada (Ramos, 2021), se recoge que el MIMP también llevó adelante acciones de capacitación a actores sociales en temáticas ligadas a la vejez, envejecimiento y tratamiento e identificación de casos de violencia.

Del mismo modo, ante la alerta de necesidad de atenciones de salud, ESSALUD y la Sanidad de las FFAA y Policiales, coordinaron con el MINSA la entrega del paquete de servicios priorizados a su población asegurada.

Los Gobiernos Regionales (GR), que tiene dentro de sus competencias la administración de las DIRESAS, donde tiene la

función de formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales, además de supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados; se encargaron de organizar y priorizar la provisión de bienes relacionados a las prestaciones de salud en aplicación de los protocolos de referencia para la entrega del paquete de servicios priorizados de la Red.

Adicionalmente, en el mes de octubre del 2020, la RM N°147-2020-MIDIS establece la participación de la Asamblea Nacional de Gobierno Regionales (ANGR), la Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE) y la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú (REMURPE) como parte de las acciones de coordinación para la operatividad de la Red AMACHAY a nivel regional y local.

Finalmente, los Gobiernos Locales (GL), organizaron y lideraron las Instancias de Articulación Local (IAL) y/o los grupos técnicos para mitigar los efectos de la COVID-19 e implementaron la Red AMACHAY, con las instituciones que tienen responsabilidades en la entrega del paquete de servicios priorizados. Por último, el rol de los GL fue clave durante la implementación de la Red AMACHAY y fue tomando mayor relevancia y fuerza con el paso de los meses. Los GL, desde un inicio, se encargaron de realizar la identificación y georreferenciación de la población objetivo, brindar consejería básica y realizar el seguimiento nominal. Además, se responsabilizaron de la coordinación de manera permanente con las instituciones que forman parte de las IAL e instancias, informarles sobre las necesidades identificadas para la atención por los servicios respectivos (MIMP y MINSA/EsSalud o quienes hagan sus veces a nivel nacional) del padrón nominal de la población objetivo a través de las oficinas del GL que brindan protección a este grupo y registra la información en el Portal de Seguimiento, relacionadas a los datos de contacto, ubicación y seguimiento.

Con el deseo de promover el desarrollo de la intervención a nivel local, en el mes de abril del 2020 a través de la RVM N° 001-2020-MIDIS/VMPE que aprueba el “Manual para la



* Documento que aprueba la Directiva N° 007-2020-MIDIS denominada “Documento Técnico para la implementación de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, frente al COVID-19”; según el texto que, en Anexo, forma parte de la presente Resolución Ministerial.

Implementación a Nivel Local de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor de Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, para la prevención y control de la COVID-19”, se establece formalmente una serie de representantes de las entidades a nivel local responsables de generar las condiciones para la articulación entre sectores en el territorio como: los actores sociales (AS), los Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), las Oficinas Municipales de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED), Coordinador de enlace de MIDIS, Coordinador Regional y Jefe de Unidad Territorial del programa PAIS y el promotor social de este programa, coordinador sectorial/territorial (CST), gestores

territorial y local regional del MINSA, profesionales del sector salud de la DIRIS/DIRESA/GERESA, profesional para el apoyo a los gestores locales del MIMP y voluntarios. Dicho documento ha sido actualizado mediante la RVM N° 003-2020-MIDIS/VMPEs, y esta última fue aprobada en el mes de diciembre de 2020.

El Grafico 2 refleja visualmente la organización de la Red AMACHAY, donde el MIDIS, a través de ambos Viceministerios y distintas direcciones articula con otros sectores nacionales, y con los niveles de gobierno local y regional.

Gráfico 2: Organización de la implementación de la Red AMACHAY



Fuente: Informe de gestión de 1 año de la Red de Soporte AMACHAY. MIDIS- DAT.

3.1.4. Fases de la ejecución de la intervención

Las intervenciones de la Red AMACHAY en el año 2020 se realizaron en 5 fases (de la Fase 0 a la 4- ver Gráfica 3). La Fase 0, implicó tareas relacionadas a la Coordinación de la Red. Antes del inicio de las actividades de la Red, se plantea la necesidad de reuniones de coordinación entre sectores de gobierno, gobiernos regionales y locales para la implementación operativa de la Red AMACHAY en los territorios y establecer responsabilidades. Asimismo, se busca capacitar al equipo involucrado en el nivel central, regional y local.

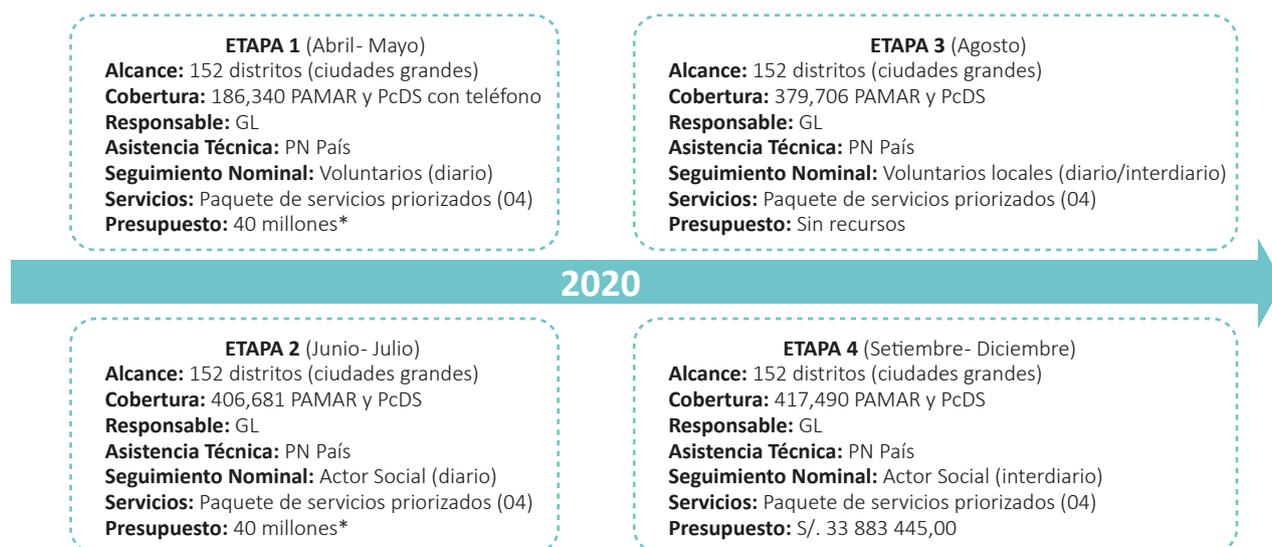
La Fase 1, de Identificación y georreferenciación de las PAMAR y PcDS, contemplaba la construcción del Padrón Nominal a través de la integración de los registros de datos de las fuentes referidas anteriormente y proporcionados por diversos sectores de gobierno. El padrón nominado es gestionado por el GL. Posteriormente, se entrega el Padrón Nominal a las IAL e IPRESS, según su jurisdicción para el seguimiento nominal de la entrega del paquete de servicios priorizados, así como el registro y notificación de alertas de síntomas y eventos clínicos asociados a la COVID-19. La actualización permanente del Padrón se da mediante las IAL usando la información recogida por los actores sociales a través de sus llamadas telefónicas o visitas domiciliarias, así como también la participación del personal de los CIAM y OMAPED (RM N°147-2020-MIDIS). Para ello el MIDIS implementa el Portal de Seguimiento de PAMAR y PcDS, una plataforma virtual que facilita el proceso de identificación de la población objetivo en el territorio, el registro de su seguimiento nominal y de alertas. Para ello, el actor social sistematiza la información actualizada a través de las IAL. Por último, la nueva

RM N°147-2020-MIDIS, aprobada en octubre del 2020, contempla además que la sectorización a la PAMAR y PcDS en el territorio se realice según su residencia para ser asignados a actores sociales y voluntarios.

La Fase 2, de entrega de paquete de servicios priorizados, comienza con el contacto de la población objetivo. Para ello, el GL-responsable de la entrega de estos- distribuye el listado de la población objetivo a los voluntarios o actores sociales para ubicarlos telefónicamente y/o a través de visitas domiciliarias, verificando si las PAMAR y PcDS cuentan con dato telefónico o dirección domiciliaria. Así, se le entrega el paquete de servicios prioritarios a la población objetivo de ser necesario, generando una alerta y comunicando al actor correspondiente de la IAL.

En las Fase 3 y 4 se despliega el seguimiento nominal de la población objetivo, cuya responsabilidad recae en los GL-, se realiza por el actor social a través de llamadas telefónicas a PAMAR, PcDS o sus cuidadores. Originalmente, se había establecido que estas llamadas serían diarias y dos veces al día a quienes vivan solos, sean presuntas víctimas de violencia, presenten necesidades de alimentación y/o indiquen tener algún síntoma o signo de la COVID-19. Sin embargo, en la RM N° 147-2020-MIDIS publicada en octubre del 2020, se establece que las llamadas y visitas se efectuarán de manera “periódica y/o de acuerdo con la necesidad de la población objetivo”. Asimismo, se indica que se hará seguimiento del acceso al paquete de servicios priorizados y a la gestión de la atención de las alertas identificadas. El MIDIS debe de administrar la información que permita realizar este seguimiento nominal y monitoreo.

Gráfico 3: Fases de implementación de la Red AMACHAY del año 2020



Fuente: Informe de gestión de 1 año de la Red de Soporte AMACHAY. MIDIS-DGPAT-DAT.

3.1.5. Implementación inicial de la Red AMACHAY: Financiamiento y alcance

El alcance de la Red fue definido en base a dos criterios. En primer lugar, se eligieron localidades urbanas debido a que muestran mayor densidad poblacional y mayores niveles de contagio de la COVID-19; en segundo lugar se eligieron territorios donde existiesen capacidades institucionales que permitieran una adecuada articulación de servicios en red. Por ello, al inicio de la intervención se decidió trabajar con 152 distritos y un total de 379,574 PAMAR y PcDS. Adicionalmente, cabe resaltar que hubo una complementariedad con el programa Pensión 65, que continuó su operación incluyendo el servicio de identificación de alarmas entre sus beneficiarios, cuya mayoría se encuentra en zonas rurales. Ello se da además porque el DU N° 026-2020 dispuso que los Programas Sociales seguirían atendiendo a sus usuarios con cargo a sus recursos, lo que limitaba que a través de la Red se pueda incluir a esta población.

En cuanto a su financiamiento, al momento de su creación (el 15 de marzo del 2020), mediante el DU N° 026-2020, se autorizó al Sistema Nacional de Presupuesto Público hacer una transferencia de hasta 40 millones de soles al MIDIS para la contratación de los servicios necesarios para la organización y desarrollo de la Red AMACHAY. Asimismo, el 11 de abril- a través de la RM N° 069-2020-MIDIS- también se autoriza al MIDIS a realizar transferencias financieras a favor de los sectores participantes de la Red como el MINSa, MIMP, GR y GL para financiar la contratación de los servicios que se requieran para la organización, articulación y desarrollo de un servicio de visitas domiciliarias y seguimiento nominal en sus jurisdicciones. En ese sentido, este financiamiento fue de vital importancia para la contratación de profesionales que cumplieran el rol de gestores locales y puntos focales para la articulación a nivel local, especialmente para los sectores que no tenían presencia en territorio como lo fueron el MIMP y el MINSa.

En el mes de agosto del 2020, a través del DU N° 095-2020, se dictan medidas extraordinarias y temporales, en materia económica y financiera, que permitan la continuidad de las acciones de la Red AMACHAY en el MIDIS hasta finalizar el año

2020, en el marco de la PNDIS. Para ello, se habilitó un fondo de 33 millones de soles y se autorizó al MIDIS a realizar transferencias financieras a favor del MINSa, MIMP, GR y GL. En esta norma se incluyó la habilitación para que el MIDIS y nuevos GL puedan implementar la Red AMACHAY con cargo a sus propios recursos, producto de la demanda de inclusión de varios GL. Ello también implicó una reducción del presupuesto disponible para la ejecución de la Red; por lo que se redujo el financiamiento de gestores locales y se indicó, en el DS N° 010-2020-MIDIS del 20 de agosto del 2020, que la inclusión de nuevos distritos a la Red se hará con los recursos propios de sus GL y no se demandará mayor presupuesto del Tesoro Público.

3.2 Cambios en Red AMACHAY en el 2021

3.2.1. Diseño y normatividad

En el 2021, considerando la continuidad de la declaratoria de la emergencia sanitaria por la segunda ola ocasionada por la propagación de la COVID-19, el Gobierno del Perú extendió el trabajo de la Red AMACHAY al presente año 2022. Sin embargo, teniendo en cuenta significativas reducciones presupuestales, la Red pasó a tener una intervención más acotada en términos de población priorizada, actores gubernamentales, y servicios entregados a la población beneficiaria.

Mediante el Decreto de Urgencia No 017-2021, que dicta medidas complementarias en materia de atención de personas en situación de vulnerabilidad en el marco de la atención de la emergencia sanitaria por los efectos de la COVID-19, se vuelve a autorizar al MIDIS a organizar y desarrollar acciones y estrategias para mitigar el efecto de la COVID-19 y la contención de nuevos casos y disminuir la vulnerabilidad de las personas adultas mayores y personas con discapacidad severa, a través de una Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa.

El MIDIS, mediante el Decreto Supremo N° 003-2021-MIDIS, establece el diseño y estrategias para la operación de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor y la Persona con

Discapacidad Severa para el año 2021. Dicho documento legal precisó que la Red de Soporte, constituye una intervención intersectorial e intergubernamental, que tiene por finalidad brindar servicios de promoción, prevención y protección que contribuyan con la mitigación de los efectos de la COVID-19 y la contención de nuevos casos; así como para disminuir la afectación de su vulnerabilidad.

De acuerdo al Artículo 3 del mencionado documento, se establece que la población objetivo de la Red de Soporte, está constituida por: a) personas adultas mayores con alto Riesgo, es decir, aquellas personas de 60 años a más que presentan al menos una comorbilidad de la lista descrita por el Ministerio de Salud en el Documento Técnico de Atención y Manejo Clínico de casos de coronavirus (COVID-19), Escenario de Transmisión Focalizada, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSA, o norma que la modifique, complemente o sustituya; y, b) personas con discapacidad severa, que son aquellas que tienen dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello del apoyo de dispositivos o asistencia personal permanente o la mayor parte del tiempo, conforme a lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 127-MINSA/2016/DGIESP, para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 981-2016-MINSA.

La población objetivo de la Red AMACHAY en el 2021 corresponde a la población contactada y que ha brindado consentimiento para el seguimiento en el desarrollo de la Red de Soporte en el año 2020, y que se constituye en el Padrón Nominado de Personas Adultas Mayores de Alto Riesgo y Personas con Discapacidad Severa. Ello implica una reducción de una población potencial tenida como universo en el 2020 a una población efectivamente atendida en el año 2020, que pasó a ser considerada como la población objetivo en el 2021.

Esta población objetivo que formó parte de la implementación de la Red de Soporte 2021, con fecha de corte al 27 de julio del 2021, estuvo conformada por 270,281 personas, de las cuales 227,341 son PAMAR (84.1% de la población objetivo) y 42,940 son PcDS (15.9%). La cobertura geográfica, sin embargo, se mantuvo en el mismo número de distritos del país (152).

3.2.2. Componentes de la intervención

Según el DS N° 003-2021-MIDIS, la Red AMACHAY en el año 2021 tiene cuatro componentes, descritos a seguir:

a) Identificación de usuarios de la Red

Consiste en el proceso de identificación de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, tomando como base el padrón nominado del año 2020, para poder iniciar con el seguimiento nominal y brindarle el paquete de servicios priorizados. En ese sentido, son los Gobiernos Locales los responsables de la identificación y actualización de datos de usuarios de la Red, en articulación con los miembros de la Instancia de Articulación Local (IAL), de manera que se pueda realizar un efectivo seguimiento nominal y entrega del paquete de servicios priorizados.

Es preciso indicar que, a diferencia del año 2020, donde se contempló el servicio de "gestión de alertas", en el año 2021 se delimitó el servicio a la "identificación de alertas". Ello se explica debido a que el MIDIS no contaba con recursos para

transferir a los sectores (MINSA y MIMP), y, por lo tanto, no era posible garantizar la atención de alertas. Sin embargo, según la responsable de la Red, en el año 2021, "en la práctica, el servicio que se brindó ha sido el de Gestión de alertas" (Comentario 10-nov).

b) Seguimiento Nominal

Consiste en el seguimiento individualizado de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, tomando como base el padrón nominado, para entrega del paquete de servicios priorizados. El seguimiento nominal se realiza a través de comunicaciones telefónicas y/o de manera presencial mediante visitas domiciliarias. Es preciso indicar que el MIDIS, en el marco de la rectoría del SINADIS, ha puesto a disposición de los Gobiernos Locales y entidades una herramienta informática para dicho fin (Portal de Seguimiento de la Red de Soporte)⁵.

c) Entrega del paquete de servicios priorizados

La entrega del paquete de servicios priorizados se brinda a todas las Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad que son parte de la intervención, y se realiza en coordinación y aplicando los protocolos establecidos por los sectores y entidades competentes. La entrega del paquete de servicios priorizados se brinda previo consentimiento de la persona adulta mayor y la persona con discapacidad, o de sus cuidadores principales.

El paquete de intervenciones priorizadas sufrió modificaciones a inicios del 2021. Se mantuvieron las intervenciones de "Consejería y orientación de prácticas saludables, según el protocolo establecido por el Ministerio de Salud" y de "Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social-sospechosos de la COVID-19, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono- además, se agregó un nuevo tipo de alerta vinculada a la desatención de enfermedades no transmisibles. Asimismo, se deja de mencionar la intervención de inmunización y se adiciona la intervención de afiliación al Seguro Integral de Salud, según normativa establecida por el sector salud.

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.

Este servicio es brindado por el actor social y/o voluntario al momento de la llamada telefónica o en la visita domiciliaria (en caso corresponda), de acuerdo con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud en el Documento Técnico: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú", que indica: a) Distanciamiento físico, b) Realizar el lavado de manos de forma frecuente con agua y jabón o con una loción a base de alcohol, c) Practicar la higiene respiratoria y etiqueta de la tos, d) Uso obligatorio de mascarilla para circular por las vías de uso público, e) Uso de mascarilla quirúrgica descartable si presenta síntomas respiratorios durante todo el día, f) Vacunación de neumococo e influenza en población con factores de riesgo, entre otros.

- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (casos sospechosos de la COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).

⁵ El tablero de monitoreo se encuentra en <https://cutt.ly/fgsnzxf>

El actor social y/o voluntario, como parte del seguimiento nominal que realiza por vía telefónica o en visita domiciliaria identifica situaciones de riesgo, tales como:

- Caso sospechoso de la COVID-19: Consiste en la identificación de signos, síntomas o antecedentes epidemiológicos sugerentes de un caso sospechoso de la COVID-19.
 - Detección de enfermedades no transmisibles: Consiste en la identificación de PAMAR o PcDS con enfermedades crónicas previamente diagnosticadas que no estén siendo controladas o que presenten algún signo de alarma.
 - Aseguramiento en salud: Consiste en identificar la falta o no afiliación a un seguro de salud por parte del usuario de la red.
 - Riesgo de abandono: Consiste en la identificación de usuarios que se encuentren en riesgo de sufrir una situación de abandono.
 - Presunta situación de violencia: Consiste en la identificación de una presunta situación de violencia sufrida por el PAMAR o PcDS.
 - Necesidad de alimentos: Consiste en identificar una necesidad temporal o permanente de alimentos preparados o víveres por parte del usuario de la red.
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

Conforme a la normativa establecida por el sector salud, el actor social y/o voluntario, al momento de la llamada telefónica o de la visita domiciliaria, debe identificar la carencia de un seguro de salud por parte del PAMAR o PcDS y ante esta, orienta al beneficiario para su afiliación al Seguro Integral de Salud – SIS.

d) Articulación intersectorial e intergubernamental

En el cambio del año fiscal, y con menor presupuesto asignado para el año 2021, el modelo operativo de la Red AMACHAY estable que los sectores responsables de la intervención serían MIDIS, los GL y GR, mientras que los demás sectores participantes como MINSALUD, ESSALUD y MIMP fueron descritos como “otras Entidades involucradas en el desarrollo de acciones y estrategias para la operación de la Red” (DS N° 003-2021-MIDIS).

Comprende las acciones de coordinación intersectorial (entre sectores) e intergubernamental (a nivel nacional-regional –local), que se desarrollan en el marco de las competencias, funciones y responsabilidades que tienen las Entidades que forma parte de la Red de Soporte, para brindar el paquete de servicios priorizados a la población objetivo, de manera articulada, complementaria y evitando duplicidades. Es preciso indicar que la articulación intersectorial e intergubernamental, incluye la promoción y fortalecimiento de las instancias e instrumentos de articulación; así como la promoción de la participación comunitaria a nivel local para contribuir con la provisión de los servicios priorizados de salud y de protección social a la población objetivo.

3.2.3. Presupuesto

A inicios del año 2021, el 6 de febrero del 2021, se renueva el financiamiento destinado a medidas complementarias para la atención de personas en situación de vulnerabilidad- entre ellas, la Red AMACHAY- debido a que el país se encontraba aún en un escenario de transmisión comunitaria y al incremento de la curva de casos COVID-19 en el territorio nacional (DU N° 017-2021). Sin embargo, el presupuesto asignado para la intervención se redujo sustancialmente a 3.2 millones de soles, de los cuales S/. 2,916,450.00 fueron destinados a los Gobiernos Locales. A modo de comparación el presupuesto devengado del año 2020 alcanzó S/. 69,328,666.00, lo que implica 24 veces más que en el presente año. Adicionalmente, alrededor de 600 mil soles se destinaron a la asistencia técnica de GR y GL mediante el Programa Nacional País. A pesar de ello, se continuó con la intervención con la misma cantidad de usuarios (262, 665 PAMAR y PcDS) y distritos (152), pero se tuvo que limitar el financiamiento de gestores territoriales. Sin embargo, en el mes de mayo del 2021 se contaba con 390 puntos focales de salud y 199 puntos focales de protección social.

4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

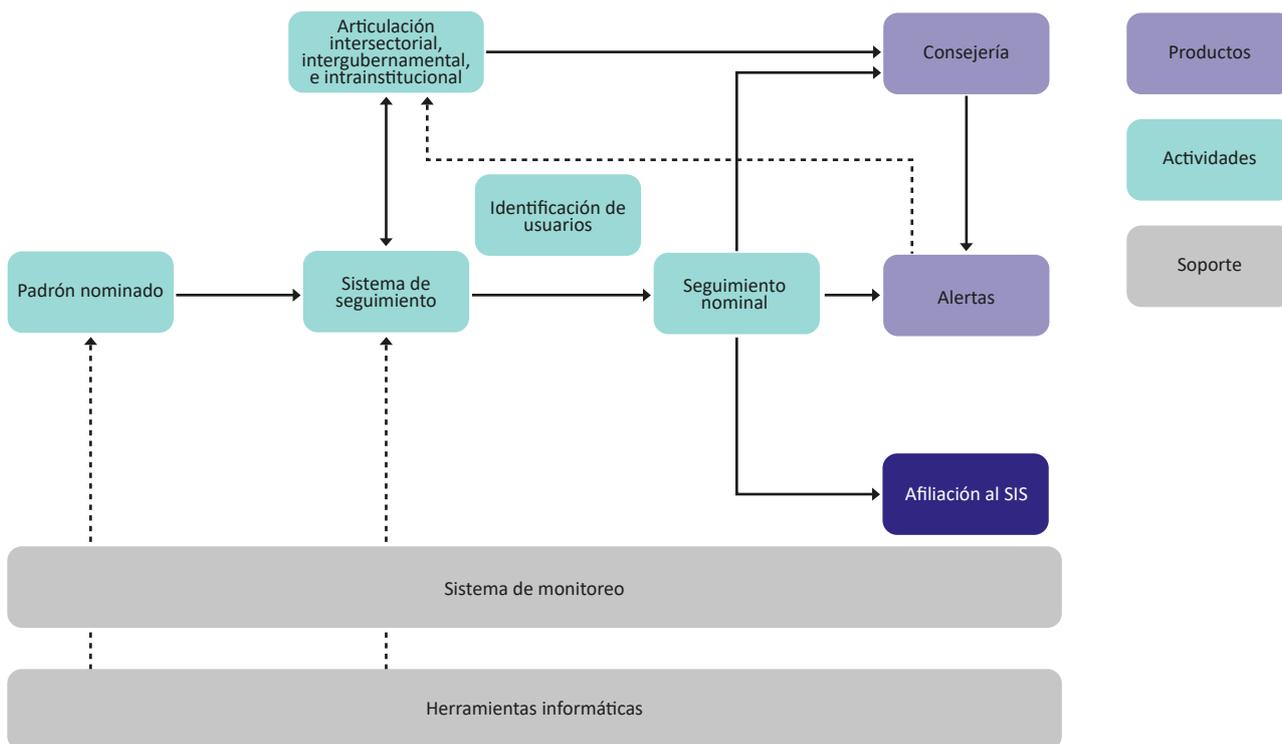
El estudio tuvo una metodología basada en técnicas de investigación cualitativas. Se contrastó el análisis de toda la información documental concerniente al planteamiento inicial de la Red AMACHAY, y su desarrollo progresivo de fases establecidas mediante normas y otros dispositivos técnicos-normativos, procesos; y con información primaria recogida mediante la diversidad de actores sectoriales y de los tres niveles de gobierno involucrados en el planteamiento e implementación de la Red. Asimismo, se aplicaron entrevistas a profundidad y otras técnicas de investigación a funcionarios y usuarios de la Red AMACHAY. El análisis conlleva a plantear conclusiones y recomendaciones concretas, viables e integrales a nivel normativo como operativo (modelo operativo, servicios, roles y funciones de actores involucrados, entre otros) para la implementación multisectorial, de los distintos niveles de gobierno involucrados, así como, de manera diferenciada por regiones, sectores y niveles de gobierno de ser pertinente.

La estrategia propuesta para el estudio se enfocó en el diseño e implementación de los servicios que brinda la Red AMACHAY a las PAMAR y PCDS, así como su experiencias y valoración con el propósito de ofrecer recomendaciones que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de las estrategias y, a la vez, corregir errores (mejorar las directivas de implementación de la estrategia tales como la de padrón nominado y de gestión; definir nuevas estrategias de atención y de capacitación; afinar los mecanismos de control; entre otros). Sin embargo, es fundamental considerar que no se esperó una implementación rígida de un protocolo, sino que se entendió que la fidelidad al diseño radica en su flexibilidad y eficiencia en cumplir los objetivos trazados más que la congruencia o no a los procedimientos, protocolos y normas preestablecidas. El ejercicio buscó, en todo momento, documentar las etapas y coordinaciones, encontrar los puntos fuertes y vacíos en términos de documentación, protocolos y, especialmente, el uso de la información.

4.1 Teoría del cambio (hipótesis planteada por el equipo de investigación)

A partir de la lectura de la documentación, y de diálogos preliminares con miembros del MIDIS, se ha planteado al inicio del estudio, previo al trabajo de campo, una teoría del cambio sobre la cual se estructura el proceso del estudio (ver gráfica 4). Distinguimos 3 grupos de procesos/productos: en azul, los productos que reciben los usuarios (y que coinciden con 3 de los componentes del año 2021; en verde, actividades críticas que están orientadas a la entrega de los productos (aquí se encuentra la identificación de usuarios, que se define como un componente en el 2021). Las actividades son pasos necesarios que implican recursos diversos, gestión normativa y acciones cotidianas para la consecución adecuada de los productos. Adicionalmente, en naranja se presentan 2 procesos de soporte que dan sustento específico a la Red.

Gráfica 4: Teoría del cambio propuesta por el estudio



Fuente: Equipo investigador

A partir de eso, se ha elaborado una matriz del estudio (ver resumen en Tabla N°1) que consiste en el cruce entre los objetivos específicos, preguntas de investigación, actores a ser entrevistados y tipo de instrumentos. De ahí se desprenden las guías de entrevista según los perfiles, así como las fichas de procesos. En el archivo Anexo Excel se presenta la matriz y la guías.

La matriz agrupa los 3 ejes del estudio: diseño, implementación, y valoraciones de los usuarios de la Red, los instrumentos y los actores-fuentes consultados, indicados a seguir:

Tabla N°1: Matriz resumen del estudio

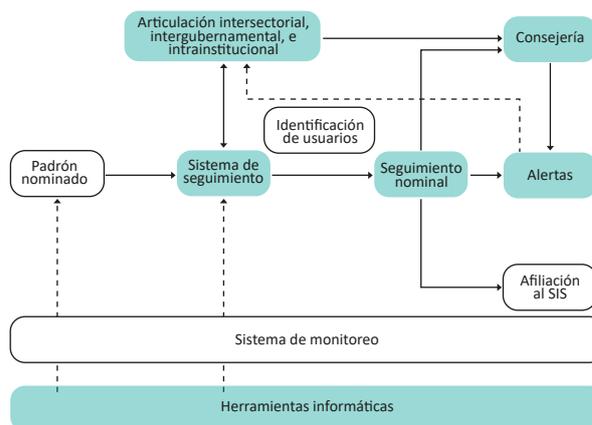
EJE	INSTRUMENTO	FUENTE / ACTOR
Diseño	Revisión documentaria	Documentos / Normas
	Entrevista a profundidad	MIDIS Otros sectores
Implementación	Entrevista a profundidad	GR
		PAIS
		GL
	Ficha de procesos	GR GL
Usuarios de la Red	Entrevista semiestructurada	Soporte de la red
		GL / actores asociados
		Hogares usuarios de la Red

Fuente: Equipo investigador

4.2 Procesos/productos críticos a ser evaluados

Dado que el estudio está centrado en el diseño y los procesos/productos, hemos seleccionado aquellos que aparecen como más relevantes en los Informes anuales y en la normativa actual y que presentan oportunidades interesantes de continuidad en el futuro. Los procesos seleccionados se encuentran señalados en rojo en la Gráfica 5.

Gráfica 5: Procesos/productos a ser evaluados



Fuente: Equipo investigador

A continuación, se describen los 5 procesos/productos en los que nos enfocaremos:

Articulación Intersectorial, Intergubernamental e Intrainstitucional. Comprende las acciones de coordinación intersectorial (entre sectores) e intergubernamental (a nivel nacional-regional –local), que se desarrollan en el marco de las competencias, funciones y responsabilidades que tienen las Entidades que forma parte de la Red de Soporte, para brindar el paquete de servicios priorizados a la población objetivo, de manera articulada, complementaria y evitando duplicidades. La articulación intersectorial e intergubernamental, incluye la promoción y fortalecimiento de las instancias e instrumentos de articulación; así como la promoción de la participación comunitaria a nivel local para contribuir con la provisión de los servicios priorizados de salud y de protección social a la población objetivo.

Seguimiento nominal. Consiste en el seguimiento individualizado de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, tomando como base el padrón nominado, para entrega del paquete de servicios priorizados.

Alerta. Son las situaciones de riesgo identificadas por las y los voluntarios y/o actores sociales del gobierno local, en la población objetivo, a través de las comunicaciones de primer contacto, del seguimiento telefónico y/o en la visita domiciliaria.

Entrega del paquete de servicios priorizados. La entrega del paquete de servicios priorizados se brinda a todas las Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad que son parte de la intervención, y se realiza en coordinación y aplicando los protocolos establecidos por los sectores y entidades competentes. El paquete de servicios priorizados está constituido por lo siguiente:

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (casos sospechosos de la COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

En el caso de que los actores no entiendan la noción de paquete de servicios, o no identifiquen una unidad entre los 3 servicios propuestos, nos centraremos en ellos por separado.

Herramientas informáticas. La Red cuenta con el Portal de Seguimiento de PAMAR y PcDS que es una herramienta informática que permite realizar la identificación, actualización, registro y seguimiento nominal de PAMAR y PcDS para la entrega del paquete de servicios priorizados, a partir del Padrón Nominado de PAMAR y PcDS. Asimismo, facilita la gestión de alertas y seguimiento de la población objetivo.

4.3 Proceso de validación de instrumentos

La planificación de la validación de los instrumentos implicó la aplicación de entrevistas a actores y/o ámbitos similares a los elegidos para la muestra del estudio. La aplicación de instrumentos con fines de validación se realizó por medios virtuales empleando las plataformas virtuales disponibles o por vía telefónica.

Para la validación se entrevistaron a 4 personas, de distintos niveles de gestión/beneficio, indicados a seguir: 1 actor del MIDIS, 1 de GR, 1 GL y 1 beneficiario. La coordinación para la selección de las personas se realizó con el MIDIS.

Los resultados de la validación se encuentran en el Anexo 2 y los ajustes realizados a los cuestionarios se encuentran en los instrumentos presentados, considerados como finales.

4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos del estudio

Todos los integrantes del equipo de la Firma Consultora fueron capacitados para tener en cuenta los estándares éticos de investigación que consideraron:

- Detallar que los objetivos del estudio son para mejorar la intervención.
- Señalar los procedimientos específicos que permitan anonimizar y garantizar la confidencialidad de los testimonios vertidos por los actores abordados por el estudio.
- Solicitar el consentimiento informado grabado para entrevistar a los distintos actores del estudio, que informe sobre la libre participación en el estudio, retiro inmediato cuando las personas lo deseen y absolución de dudas de ser el caso.

4.5 Recolección de datos

El recojo de datos se realizó mediante medios virtuales. Cada entrevista tuvo la autorización del entrevistado para su grabación. El recojo de información sobre los procesos se realizó mediante fichas de procesos, y las entrevistas centradas en la implementación de la estrategia.

Luego, un equipo externo realizó la transcripción de los audios. Un miembro del equipo realizó la revisión de la calidad de estos, muestreando aleatoriamente el 10% de audios. El protocolo para verificar la calidad de la transcripción se fijó en una concordancia de más del 90% entre audio y texto. Si el nivel de error de transcripciones implica la falta de fidelidad a los audios, se pasaría a revisar el total de transcripciones y se solicitaría la revisión de estas a la tercera parte responsable del proceso. En este caso, la fidelidad de la transcripción fue cercana al 100%, lo que no implicó la necesidad de un segundo proceso de transcripción de audios.



Para responder las preguntas que el estudio se planteó, se aplicaron distintas técnicas cualitativas de recojo de información:

4.5.1. Entrevistas en profundidad

Esta técnica se aplicó a los actores/operadores de la intervención especializados, que tienen una relación directa con la implementación de la Red AMACHAY, así como a funcionarios de los sectores involucrados en los distintos niveles de gobierno. Se utilizó esta herramienta especialmente para los objetivos relacionados a evaluar el diseño y la implementación de procesos, donde ocurre un intercambio natural entre el entrevistador y el entrevistado con relación a los temas que van siendo discutidos.

4.5.2. Entrevistas semiestructuradas

Se aplicaron entrevistas semiestructuradas en el caso del recojo de las percepciones y valoraciones de los prestadores sobre la implementación de la Red AMACHAY. Así como para recoger la percepción general que tienen los hogares con PAMAR y PCDS sobre los servicios brindados del paquete priorizado en el segundo año de implementación. Este tipo de entrevista también podrá ser aplicada a actores que hayan desempeñado un rol puntual en la red, con quienes no sea necesario aplicar entrevistas en profundidad.

4.5.3. Fichas de registro de procesos

La ficha de registro de procesos críticos sirvió para identificar los procesos implementados en los distintos sectores y niveles de gobierno a partir de los documentos de gestión y normativa existente y consignarlos sistemáticamente en fichas ad hoc elaboradas para la red, de modo que sean claramente identificables para ser contrastados con los actores involucrados en la Red. Sin embargo, los entrevistados a nivel Regional y Local, quienes debieron contestar preguntas relacionadas a los distintos procesos tuvieron muchas dificultades en construir un discurso articulado sobre los mismos.

4.6 Selección de la muestra

La unidad de análisis de las entrevistas a nivel Nacional fue la Institución, a saber: MIDIS, MIMP, MINSA, entre otros. La selección de los entrevistados fue realizada a propuesta de la

DAT- MIDIS, quienes son los responsables de la Red y conocedores de los puntos de enlace con los otros sectores del Gobierno Nacional.

La unidad de análisis para las entrevistas sobre implementación, así como de experiencias y valoración de los usuarios fue modificada significativamente a lo largo del estudio. Inicialmente, se había planteado focalizar en ciertas regiones geográficas, pero debido a las condiciones generadas por la pandemia de la COVID-19, no se logró contactar a la diversidad de actores que idealmente se esperaba y se optó por reemplazar a los actores de la muestra en base al conocimiento y contactos de la DAT – MIDIS.

Se solicitó al área usuaria la provisión de números telefónicos de contacto de personas que cumplieran con el rol mencionado en la columna de actores y que, además, tuvieran conocimiento y experiencia pasada en la Red. Se entregaron dos listas de contactos, a partir de las cuales se realizaron las llamadas, así como la búsqueda activa de nuevos contactos a partir de las personas contactadas. Se solicitó al MIDIS la entrega de una lista que al menos cubriera un número de contactos que fuera equivalente al doble de la meta, dada las dificultades que se podrían esperar en términos de personas que no pudieran ser contactadas o aquellas que no quisieran participar en el estudio. En la Tabla N°2 se presenta de manera sistemática las entrevistas realizadas de acuerdo con los ámbitos de la muestra, actores y entrevistas realizadas.

El número de usuarios de la Red entrevistados es de 11, el número de coordinadores 04 y el número de actores sociales 03. Además, se entrevistó a un soporte de la Red perteneciente al Programa País. Respecto a las regiones que representaron la muestra, estas fueron de 9, de las cuales no se contó con usuarios de la Red, ni actores sociales ni coordinadores para todas. Algunos de los teléfonos brindados no respondieron la llamada, por lo que se tuvo que reemplazar por otros que no eran de dicha región.

Todo el universo de posibles entrevistados fueron contactados al menos en 3 intentos u ocasiones, y logramos realizar exitosamente 48 llamadas. Adicionalmente, realizamos la transcripción de 12 entrevistas a profundidad realizadas por la Mg Gabriela Ramos, totalizando así 60 entrevistas utilizadas en el análisis.

Tabla N°2: Actores, entrevistas y ámbitos de la muestra

Ámbito de la muestra	Actores	Entrevistas realizadas*														
		Lima	Arequipa	Tacna	Puno	La Libertad	Apurímac	San Martín	Amazonas	Cajamarca	Ayacucho	Pasco	Junín	Ancash	Plura	Ucayali
Nivel Central Lima 1/	Funcionarios del MIDIS															
	Funcionarios del MINSa (PROMSA-SIS)															
	Funcionarios del MIMP (DIPAM)															
	Funcionarios de la PCM (Bicentenario)															
	PN PAIS															
Unidades Territoriales 2/	Programa Nacional PAIS	1	1													
Gobiernos Regionales 2/	Funcionarios de DIRESA/GERESA/ ESSALUD								1							
	Gestores Locales DIRIS	1														
	Gestores regionales MIMP					1										
	Gestores regionales MINSa (inmunización y gestor local)	1											1			
Gobiernos Locales 2/	Autoridad local (alcalde) o funcionario de la Gerencia de Desarrollo Social o responsable de la implementación de regiones diferentes	2												2		
	OREDIS / OMAPED / COREPAM / CIAM (De regiones diferentes)			2	1	1										
	Puntos focales de Protección Social (Alegra, Aurora, Comisarias, entre otros) (De diferentes regiones)															1
	Puntos focales de salud (Ipress, entre otros) (De diferentes regiones)	1														
Total de entrevistas a profundidad																
Soporte de la Red	Voluntarios del seguimiento nominal telefónico			1												
	Actores sociales (personas que hacen llamada telefónica o visita domiciliaria)	1	1	1					1							
Hogares	Coordinadores territoriales de los Gobiernos Locales				1	1			1							1
	Hogares con PAMAR usuarios de la RED		2													1
	Hogares con PCDS usuarios de la RED	1	2	1												1
Total de entrevistas semiestructurales																
Sub Total		8	6	5	3	3	3	2	3	2	2	2	1	1	1	1
TOTAL DE ENTREVISTAS REALIZADAS		48														

1/ Inicialmente comprendía 10 entrevistas, logrando realizarse 7; 2/ Inicialmente comprendía 22 entrevistas y se realizaron 21
 * Adicionalmente, de manera complementaria se consideró información proveniente de 12 entrevistas del estudio Nota Conceptual para la sostenibilidad de la Red AMACHAY realizado el 2021 por la investigadora Gabriela Ramos.

4.6.1. Información sociodemográfica y de contexto de usuarios de la Red y soporte local

En el caso de las entrevistas semiestructuradas, se recolectó información sociodemográfica que diera cuenta de algunas características de los entrevistados.

El grado de estudios de los actores sociales es superior, al igual que en los coordinadores territoriales, con la diferencia que en los primeros se encontraron a personas cursando la Universidad, mientras que, en los segundos, los estudios universitarios los tenían ya concluidos. Las carreras universitarias de ambas fueron principalmente Psicología y Asistencia social.

El tiempo que trabaja en la Red cada uno de los actores sociales y coordinadores es variado. Si bien es cierto, se pudo observar que en el grupo de coordinadores territoriales hubo más casos de personas trabajando desde el inicio del programa, se encontró personas trabajando solo en el 2020 o solo en el 2021, por lo que en estos casos se tomará de manera separada aquellas opiniones vertidas acerca de la diferencia que encontraron entre ambos años.

Los usuarios de la Red resultaron con un nivel educativo secundario o primario inconcluso, en la mayoría de los casos, lo cual indicaría que la población estaría correctamente focalizada. Por otro lado, los cuidadores de los PAMAR y PCDS que tienen una dependencia completa, se mantienen cuidando a tiempo completo al usuario, sin tener un trabajo a tiempo completo, lo cual es algo esperado y no resultan signos de abandono parcial o falta de cuidados.

4.7 Plan de análisis

A continuación, se detallan las etapas de implementación del estudio:

4.7.1. Trabajo de gabinete para el diseño del protocolo del estudio

Durante esta etapa se identificaron, revisaron, sistematizaron y analizaron las fuentes secundarias de información documental relacionada con el tema del estudio, así como información institucional de la Red AMACHAY, sus actores y procesos de implementación. Así mismo se incluyó una revisión bibliográfica de la literatura nacional e internacional relacionada a los temas del estudio. La revisión y sistematización de este tipo de información, constituye un elemento central para cumplir con los objetivos del estudio, permitiendo en primer lugar enriquecer las temáticas en la elaboración de instrumentos a ser aplicados.

4.7.2. Metodología de análisis de información primaria

En los Términos de Referencia y en el planteamiento original del estudio se consideró una estructura de recojo de información, y de análisis estructurada en casos de estudio regionales/locales. Sin embargo, debido a que la muestra levantada no pudo estructurarse en casos de estudio con suficiente información recogida para realizar la triangulación entre actores, se optó por realizar el análisis de forma temática siguiendo la estructura de los objetivos del estudio.

El análisis de la información recogida en los distintos instrumentos siguió una lógica temática donde se buscaron las coincidencias y consensos entre los actores. Además, se realizó un contraste entre la documentación y los consensos mencionados donde se evaluó la fidelidad de la

implementación, así como fortalezas y nudos críticos en la implementación.

También se recogieron incidencias, casos y ejemplos atípicos-ya sea positivos como negativos-, que permitieran identificar potenciales riesgos u oportunidades al diseño e implementación de la Red.

Toda la información recogida en las entrevistas fue grabada con el consentimiento explícito de los participantes y posteriormente fue transcrita en su integralidad.

4.7.3. Limitaciones en el estudio

Inicialmente se planteó una estrategia metodológica para hacer una evaluación que se sustentaba tanto en el recojo de información con actores del nivel central de la Red Amachay, como en información correspondiente a 4 estudios de caso a nivel regional o de unidades territoriales, abarcando una diversidad de actores involucrados en la implementación de la Red y en usuarios que recibieron el paquete de servicios de la intervención.

La implementación del estudio logró recoger información del nivel central, pero debido a las condiciones generadas por la pandemia de la COVID-19, no se logró contactar a la diversidad de actores que idealmente se esperaba. Por tanto, no se pudo recoger la información específica que hubiera permitido configurar los 4 estudios de caso para configurar una evaluación.

En vista de ello, se realizaron entrevistas en distintos ámbitos del país, con diversos actores involucrados en la implementación de la Red que sí tuvieron disponibilidad para ser entrevistados, pero que corresponden a 10 regiones, y adicionalmente 5 entrevistas de 5 regiones, por lo que se decidió analizar la información a través de ejes temáticos y ya no de estudios de caso.

De acuerdo con estas limitaciones, no sería posible considerar el alcance de este estudio como una evaluación dentro de los parámetros que inicialmente fueron solicitados en los Términos de Referencia alcanzados por el MIDIS, sino como un estudio cualitativo de carácter exploratorio.

Identificamos adicionalmente distintos tipos de límites en el estudio. En primer lugar, al ser de naturaleza cualitativa, no podemos generalizar los hallazgos, definir tipologías frecuentes o establecer casuísticas que puedan ser consideradas como representativas de casos exitosos o más comunes. Ello no niega el valor del estudio, dado que ésta permitirá conocer y entender procesos, identificar patrones de conducta, experiencias comunes y mecanismos que puedan ser interpretados a la luz de la experiencia propia de los actores, así como del equipo investigador.

Por otro lado, existe una tensión natural entre la profundidad y la cobertura de la información que se busca recolectar y analizar, además de sesgos potenciales en las entrevistas como saturación, cansancio y dificultades para hacer el recuento de lo ocurrido. Ello implicó una definición con la contraparte del MIDIS a fin de establecer balances razonables a fin de obtener información para el estudio.

Finalmente, también aparece el potencial sesgo de beneplácito, donde todos los entrevistados, por estar relacionados a la iniciativa-afectiva, en términos de prestigio y/o presupuesto, laboral y/o económicamente-, pueden presentar opiniones correspondientes a su ubicación como actores de la Red que configura sus perspectivas.

5. HALLAZGOS DEL ESTUDIO

En esta sección presentamos los hallazgos empíricos organizados en cuatro partes: el diseño; los procesos; la articulación y los roles; y la experiencia y valoración de los beneficiarios. La presentación de los hallazgos encontrados se encuentra vinculada en el texto al análisis crítico de los mismos.

5.1 Diseño de la Red AMACHAY

5.1.1. Lógica del diseño de la Red

La Red es una intervención cuya lógica consiste en articular los diversos actores sectoriales y territoriales involucrados en el seguimiento a la población adulta mayor y con discapacidad severa, considerada en riesgo de contraer la COVID-19, de acuerdo con las evidencias internacionales. La articulación se concreta en el nivel local, donde se detecta y deriva los casos a atender:

“ La red AMACHAY pretende ser una intervención multi-actor donde participan niveles de gobierno nacional, local y regional, para brindar soporte en una situación de emergencia sanitaria; esto se canaliza a través de los gobiernos locales, quienes deben hacer un seguimiento periódico a los beneficiarios, y este seguimiento debe generar situaciones de atención prioritaria, a esa les llamamos alertas, que deben ser canalizados por las instituciones competentes; si es una alerta por [la] COVID-19 definitivamente los atiende el sector salud y si es algún hecho alimentario tendría que atender el gobierno local con otras entidades, si es que no tuviera los recursos para ello ”

- (PAIS-1)

“ Un intento de articular una respuesta intersectorial e intergubernamental, involucrando gobiernos locales y a dos sectores, en este caso el Desarrollo Social y Salud; para responder a una situación crítica en el marco de la pandemia y que ahí fue derivando en situaciones, externalidades positivas, como ir más allá de la COVID-19 e identificar enfermedades crónicas en adultos mayores, por ejemplo, o el fortalecimiento de las acciones comunitarias derivadas del trabajo en el territorio. Entonces, yo creo que la red AMACHAY es eso, un esfuerzo de dos sectores que tienen puntos de encuentro enormes y que ha sido muy positiva en su desarrollo, involucrando a los gobiernos locales, pero también con resultados sanitarios importantes ”

- (MINS-1)

El diseño de la Red respondió a la finalidad de ayudar en la prevención, mitigación y control de la COVID-19 en poblaciones vulnerables, tales como adultos mayores y personas con discapacidad severa. Además de atender esos casos, la Red generó información sobre la situación de la población atendida; ello permitió identificar otras necesidades, en particular la de acompañamiento soporte socioemocional, y alertas de distinta naturaleza (otras enfermedades, necesidad de asistencia alimentaria, riesgo de abandono y violencia).

“...nace la red AMACHAY, básicamente frente a la posibilidad que la pandemia afecte prioritariamente a la población vulnerable, quienes eran la población vulnerable bajo este contexto y hasta ahora lo sigue siendo, son adultos mayores y personas con discapacidad quienes iban a quedar en principio afectados en su salud por la pandemia y, segundo, en una situación de desprotección social, ante una situación de medidas estrictas, como es la cuarentena que se aplicó”

- (PAIS-1)

“Principalmente eso: poder identificar el nivel de vulnerabilidad; por otro lado, identificar las necesidades que estaban padeciendo esas personas, la necesidad cuál era, que no tenían para comer, o la necesidad era que se estaban muriendo y no tenían acceso a la salud, a la medicina, acceso a la atención primaria de esa necesidad... un tercer frente, un nivel de vulnerabilidad, porque detectamos en todo este proceso, que las mujeres estaban siendo víctimas de violencia, estaban siendo víctimas de abandono... y en el caso de las personas con alguna discapacidad, también era que no tenían acceso a la atención, a las enfermedades básicas que había ahí, pero la COVID-19 las cubrió, por ejemplo, tenías personas con cáncer que a lo mejor no estaban recibiendo sus medicinas, o pacientes con alguna discapacidad severa que necesitaban algún tratamiento y no tenían acceso”

- (BICENTENARIO-1)

5.1.2. Origen del diseño

La Red AMACHAY respondió a un vacío previo existente en la articulación y alcance de la prestación de servicios del Estado a grupos específicos que constituyen poblaciones vulnerables, llámese adulto mayor y personas con discapacidad, con comorbilidades. La pandemia de la COVID-19 no hizo otra cosa que catalizar un proceso de atención de necesidades fundamentales que no venían siendo adecuadamente atendidas. Nos referimos a deficiencias en términos de cobertura de los servicios existentes, en términos de proactividad en cambiar la lógica del rol del Estado hacia una forma activa, “saliendo a buscar” a los ciudadanos, y en términos de calidad y eficacia.

Existen muchas razones que explican por qué ese vacío en la provisión adecuada, eficaz y con cobertura existe. Nos enfocamos aquí en dos que consideramos muy relevantes, y que consideramos que ayudan a explicar la arquitectura actual de los servicios provistos desde el Estado.

Por un lado, la normativa y estructura del aparato estatal divide las funciones y rectorías en sectores que fácilmente se tornan en compartimentos estancos. En el caso de las políticas sociales, la rectoría de los distintos grupos etarios suele recaer en el MIMP, mientras que otros sectores atienden aspectos de esa población, como el MIDIS que tiene rectoría sobre poblaciones en estado de pobreza, o educación que tiene el rol de la formación de los distintos grupos poblacionales, desde la infancia hasta la vida adulta. Ello genera superposición de servicios como, por ejemplo, encontramos en el caso de Cuna Más, gestionado de forma desconcentrada por el MIDIS, y el primer ciclo de la Educación Inicial, gestionado por los gobiernos regionales bajo la tutela rectora del Ministerio de Educación (MINEDU).

Por otro lado, también existe normativa que promueve una lógica de gestión descentralizada, pero que no ha sido efectivizada en su totalidad. Es así como ciertos sectores, como MIDIS, mantiene la gestión de Programas en el territorio, mientras que Salud y Educación son sectores bajo la responsabilidad de implementación de gobiernos regionales. Esta superposición entre desconcentración y descentralización hace que la llegada de los servicios a esas poblaciones sea desigual en el territorio, insuficiente en términos de cobertura y con disparidades importantes en términos de calidad, lo que está vinculado a la capacidad técnica y presupuestal de cada pliego presupuestal.

El diseño combinó experiencias exitosas anteriores del MIDIS (lógica de articulación de servicios del DIT, sello Municipal, seguimiento nominal heredado de EUROPLAN), y la llegada al territorio (Programa País, y unidades territoriales del MIDIS). Sin embargo, no consideró en el diseño una teoría de cambio, sino más bien una población objetivo (en base a información preliminar de quienes serían más vulnerables durante la pandemia) y un problema a resolver (mitigar los efectos negativos de la COVID-19). La situación inédita de la emergencia por la COVID-19 que atravesaba el país no dio lugar a desarrollar un diseño con todos los procedimientos óptimos de una política (a diferencia, por ejemplo, de la forma sistemática como se construye un Programa Presupuestal), sino que se tuvo que construir la intervención sobre la marcha, situación que fue el común denominador para todas las intervenciones nuevas e incluso para la adaptación de las que ya existían, como ha sido mencionado anteriormente.

Sin embargo, no consideramos que la falta de un diseño sistemático de la intervención refleje una debilidad o haya sido una ruta equivocada de gestión pública. Consideramos que, en su conjunto, las decisiones tomadas fueron acertadas, en tanto el diseño de la Red se basó en muchas experiencias exitosas, documentadas y conocidas por los distintos actores de la gestión pública en el país. En ese sentido, la rapidez del diseño y despliegue, la flexibilidad y la inmediata atención a la emergencia, son valores largamente superiores en términos de beneficios, si lo comparamos a un hipotético caso de diseño de política con procesos a ser implementados.

“No es que hubo una teoría de cambio, no es que hubo una cosa orgánica, sino se ha ido construyendo en la medida en que iban respondiendo a los pedidos y a las necesidades de la gente, lo que se diseñó fue la población digamos, y el problema digamos, pero no se diseñó los servicios, fueron naciendo de la necesidad”

- (MIDIS-3)

Repasamos aquí las experiencias que sirven como antecedentes a la Red. El más próximo es la Meta 4 del Programa de Incentivos Municipales en el año 2020, “Acciones de Municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia” que tiene como objetivo el desarrollo de acciones municipales y comunitarias eficaces en la mejora de la alimentación, y prevención de la anemia en niños. La meta 4 se divide en 3 actividades, llámese, “Actividad 1: Actualización del Padrón Nominal (PN) para los niños de 2 meses” y “Actividades 2 y 3: Ejecución de Visitas Domiciliarias (VD) georreferenciadas a niñas y niños de 4 a 5 meses y de 6 a 11 meses con o sin anemia por Actor Social (AS), de manera oportuna y completa”.

“ Ahí tomamos como base la experiencia “Meta 4”. La Meta 4 tenía actores sociales en territorio y los había distribuido en función a la georreferenciación de estos. (...) Ellos contratan actores sociales para que hagan seguimiento a las familias para que los niños tengan su suplementación de hierro y todo ello. Entonces, nosotros también consideramos ese modelo porque se modelo contemplaba actores sociales también, entonces, se hizo una distribución ahí, en función al seguimiento nominal, porque también tomamos el seguimiento nominal de referencia de ellos, pero en el caso nuestro, por el tema de la pandemia, era básicamente telefónico; eso, a nivel de seguimiento nominal ”

- (MIDIS-2)

Los demás componentes del diseño se basaron en el rol rector de cada sector nacional, aprovechando la estructura de equipos existentes en el territorio, así como las instituciones ya existentes en los Gobiernos Regionales, y sobre todo, en los Gobiernos Locales, principalmente el CIAM y la OMAPED.

“ A nivel de gestión de alertas, lo que hicimos fue basarnos un poquito en el rol directivo que tienen los sectores, en el rol de rectores que tienen los sectores para que puedan coordinar, por ejemplo, en el caso del MINSA, coordinar con las DIRESAS, con la DIRIS, porque la DIRIS está su cargo. En el caso del MIMP, no tiene equipo operativo, coordina casi directamente con los gobiernos locales y muy poquitos, pero sí, tiene equipo a través del CEM, por ejemplo, del Centro de Atención a Mujeres, entonces..., la idea era basarnos un poco en los equipos territoriales que los sectores tenían o contaban ”

- (MIDIS-2)

5.1.3. Proceso de diseño

Durante el inicio del diseño y también a lo largo de la implementación-lo que será abordado más adelante en detalle-, hubo un claro esfuerzo del equipo de la Red por conocer y aprender qué ocurría en otros países, además del apoyo recibido para el diseño de agencias de cooperación internacional, organismos internacionales y la Pontificia Universidad Católica del Perú:

“ En el caso del voluntariado teníamos en ese momento la experiencia traída por nosotros cuando digo nosotros, porque parte del equipo que veníamos de Naciones Unidas, que veníamos de trabajar proyectos amplios internacionales, que hemos trabajado en proyectos para emergencias sanitarias, en temas de desastre, entonces ahí había ese expertise, que cosas han funcionado, que buenas prácticas podemos tomar que nos sirva de referente ”

- (BICENTENARIO-1)

En este sentido consideramos que el diseño de la intervención estuvo basado en evidencias, aunque no necesariamente se basó en una revisión de un conjunto completo y robusto de evidencias (entendido bajo la lógica de jerarquía de evidencias utilizada por el MEF, donde estudios de metaanálisis y evaluaciones experimentales tiene un mayor valor que otro tipo de evaluaciones –aunque podamos discrepar teórica y empíricamente de esta perspectiva-). Al mismo tiempo,

también es necesario señalar que, tanto las evidencias como los antecedentes son asumidos más de manera referencial, principalmente debido a lo atípico de la situación, y también por un criterio de flexibilidad, que se contraponen a lo que se percibe como rigidez propia de los esquemas de planificación basados en evidencia, que limita responder a diferentes contextos:

“ A veces los esquemas (basados en evidencias) son muy rígidos... para mí es uno de los problemas de los programas presupuestales que pueden tener un marco lógico de presentación de Harvard o de revista indexada; pero que, a la hora de la hora, la persona que tiene que activar estos establecimientos de salud que están que se caen a pedazos, no es lo que pueda ser más útil. Entonces, yo creo que, regresando al punto, la flexibilidad de una política de esta magnitud, que salvó vidas, allí están los datos; la población intervenida por la red AMACHAY, el seguimiento de los adultos mayores y con discapacidad severa frente a la población de las mismas características etarias, no seguían con las alertas tienen una diferencia según los datos que tenemos nosotros, 5 puntos porcentuales de mortalidad. No es poca cosa ”

- (MINS-1)

Al ser una Red que nace como respuesta a una emergencia sanitaria sin precedentes, hubo en la etapa inicial una flexibilidad en cuanto al diseño de procesos. Al no existir referentes regionales similares (los casos consultados durante el proceso de diseño, así como luego del mismo-Uruguay, Chile y Costa Rica- no tienen diseños similares a una Red, sino a una intervención articulada de un conjunto de servicios), se terminó aplicando una lógica que se aproxima al “ensayo-testeo-(error)-mejora”.

“ Teníamos que tener la acción en ese momento, cuando la gente se te comienza a morir de miles en miles, entonces, aquí hubo una apuesta política audaz... Hay desde mi punto de vista una dependencia absoluta de la evidencia, muchos de los programas presupuestales y en su construcción, y no todo tiene evidencia, si todo tuviera evidencia no habría posibilidad de innovar. Creo que justamente lo que hace AMACHAY es en alguna medida innovar ”

- (MINS-1)

Debido a la respuesta a la emergencia, los procesos de diseño y planificación de los procesos fueron prácticamente simultáneos a la implementación. De acuerdo con las entrevistas, una vez que cada sector tomó conocimiento de su rol, cada instancia se organizó internamente, teniendo claro los resultados a acceder:

“ En menos de dos semanas se montó el proyecto, se activó todo el mundo, fueron horas que no dormimos para poder salir adelante con esta línea de acción que implicó además trabajo interinstitucional, porque tu requerías, por ejemplo, nosotros teníamos que trabajar con las personas que nos dieran el soporte para verificar los antecedentes penales y policiales, eso requería trabajar con la policía nacional, ah bueno requeríamos conocer información sensible acerca de la data, y como además a medida que iba transcurriendo el tiempo ya se iba como sistematizando mucho mejor el proceso, ya había una plataforma, ya había un sistema de gestión, donde introducir los datos, entonces a eso también había que capacitar a los voluntarios para que pudieran formar parte ”

- (BICENTENARIO-1)



El contacto inicial con los usuarios de la Red y los Gobiernos Locales permitió también, especialmente en los primeros meses de la intervención en el año 2020, “mapear” la casuística y la frecuencia de adversidades y problemas de los usuarios. También permitió identificar cuáles intervenciones concretas funcionaban y cuáles no. Por ejemplo, se intentó realizar una gestión de medicamentos, pero no tuvo éxito porque se daba una superposición con otros servicios más eficientes y las coordinaciones no necesariamente facilitaban los procesos.

“ Se vio que teníamos que llevarle sus medicinas, pero el tema de medicinas no funcionaba porque ya estábamos casi todas las personas migrando a la atención de COVID, sobre todo en los hospitales. O sea, las coordinaciones con EsSalud y con el MINSA para la entrega de medicinas, no estaban fluyendo ”

- (MIDIS-3)

Ese mecanismo se hace evidente en los primeros meses de la intervención, donde el diseño original, publicado en el Decreto Supremo 005-2020-MIDIS de marzo de 2020, fue modificado unos meses después, por el Decreto Supremo 008-2020-MIDIS, publicado en el mes de julio. Las modificaciones se concentran en definir la naturaleza de la Red, donde se incluye la gestión y el seguimiento a alertas por falta de alimentos, violencia y abandono. Inicialmente, se planteaba como una identificación de estas situaciones. También se definen los tipos de comunicación, donde se incluye la comunicación telefónica y presencial.

Los entrevistados del nivel nacional, como los del MIDIS fácilmente identifican los cambios específicos ocurridos en el diseño de la intervención en el año 2021, cuando se dan ajustes a las intervenciones, y especialmente en el redimensionamiento de los roles de las distintas entidades (lo que se debió a la falta de presupuesto).

“ Hubo una especie de rediseño, no fue tan drástico, pero se mantuvo en líneas generales, pero hubo algunas correcciones en cuanto al seguimiento, algunos detalles, igual también se ajustaron con soportes del MINSA, del SIS, y ahí sí, ya no tanto del MIMP, del programa País, CONADIS, eso, esas entidades:”

- (MIDIS-1)

5.1.4. Actores en el diseño

De acuerdo con las distintas entrevistas realizadas a distintos actores de la gestión pública en los tres diferentes niveles de gobierno, se concluye que el diseño general (lo que podríamos llamar de arquitectura) de la Red estuvo centralizado en el nivel nacional, y estuvo principalmente a cargo del MIDIS. Algunos de los otros sectores del nivel nacional señalan haber sido consultados y haber participado cuando fueron convocados para la implementación. Ello puede deberse a que se trató una respuesta ante la emergencia y por lo tanto había poco margen para diseños participativos, tal como algunos entrevistados lo manifiestan:

“ El diseño fue desarrollado por la Dirección General de Implementación de Políticas y Gestión Territorial (...) En el tema del diseño en el 2021, si bien es cierto la propuesta lo trabaja el MIDIS, pone en consulta algunos de los elementos contemplados, por lo menos el Programa País sí participó activamente en la validación de la propuesta ”

- (PAIS-1)

De las entrevistas también se infiere que el diseño de los productos estuvo a cargo principalmente del MIDIS; incorporando ajustes al presentar e interactuar con los otros sectores. Es por ello por lo que consideramos que varios otros actores consultados tienen una mirada parcial de los procesos, y ninguno de ellos tiene una visión del conjunto. Sólo en un caso se encontró la participación en el diseño de otro sector, con un rol de acceso a la información y asistencia técnica solicitada para mejorar los criterios de selección de la población, donde el sector Salud-mediante MINSA y SIS- tuvo un rol relevante en el proceso de diseño de la Red.

“ Se hizo una identificación de las personas que cumplían los criterios de adulto mayor, mayores de 65 años que estén en el distrito que habíamos mapeado... esta información se compartió con el MIDIS, para que también MIDIS tuviese en cuenta toda esa población, todo ese nivel y que finalmente pueda hacer la gestión y programación del presupuesto respectivamente ”

- (SIS-1)

“ Entonces por parte de SIS lo que se hizo fue una identificación de todos los grupos de riesgo a nivel nacional, si bien ya teníamos a los adultos mayores que ustedes (MIDIS) ya tenían mapeados, pero nuestra población adulto mayor era mayor de la que ustedes tenían mapeada...”

- (SIS-1)

Mientras que varios entrevistados del Gobierno nacional no manifiestan un juicio respecto del rol protagónico del MIDIS en el diseño. En la entrevista realizada a la representante del MIMP encontramos opiniones que reflejan una crítica a ese proceso, que se da en parte al traslape de competencias entre MIMP- el ente rector que por función atiende a estas poblaciones-, y el MIDIS, así como desajustes en cuánto a la lógica y presupuestos de la Red.

Las objeciones del MIMP se pueden resumir en tres ejes centrales. Por un lado, aparece la falta de consenso en cuánto al rol de la institución que es rectora de la política en relación a las personas adultas mayores y a las personas con discapacidad en el diseño de la Red.

“Entonces, yo creo que es justamente esa deficiencia que tuvo que ver con que el que MIMP no participó en esa etapa de diseño, y que sí, pues probablemente fue ingresado a último minuto, nos imaginamos. Yo me imagino qué debe haber sido porque el MIMP debe haber dicho que no lo iba a firmar, a pesar de ser el recto”

- (MIMP-1)

“Entonces, me comienzan a indicar que también debíamos atender alerta de violencia y abandono, sin embargo, eso no estaba en los documentos normativos. Me señalan que había sido algo a lo que había accedido el director, entonces en atención a ello, yo ok y también pensando en el objetivo final, que era la atención a la persona adulta mayor”

- (MIMP-1)

En segundo lugar, se cuestiona la naturaleza de la Red, donde se destaca que existe una sobreposición en las funciones y actividades de la Red y las que le corresponderían al MIMP. De hecho, se ha identificado la existencia de la intervención llamada MIS 60+.

“Bueno en el año pasado no era considerado una estrategia de protección social, se planteaba darle soporte a la persona adulta mayor (...). Ellos [se refiere al MIDIS] después, en diciembre, nos dieron la sorpresa de que tenían otros planes. No se nos había comunicado previamente, pero bueno, ahí hay un tema legal detrás y MIMP lo sabe porque hemos tenido conversaciones sobre este tema”

- (MIMP-1)

“Al inicio del año 2020, fines del 2019, sí se identificó ciertas necesidades y por eso es que se implementa el servicio ‘Mis 60+'. Se comienza a gestar en el mes de enero, iba organizándose en febrero y en marzo inicia la pandemia”

- (MIMP-1)

Cabe señalar que MIS 60+ es un servicio- a diferencia de la lógica de Red- del MIMP que brinda medidas de protección temporal y atención integral a cargo de los profesionales de la Dirección de Personas Adultas Mayores con un equipo de psicólogas/os, trabajadoras/es sociales y abogadas/os, quienes al tomar conocimiento de la presunta situación de riesgo, dictan una o más medidas de protección temporal, entre ellas la reinserción en sus familias, acceso a salud o justicia, cuidado en

un Centro de Atención Adulto Mayor u otra medida necesaria para la protección de la integridad, la vida y la dignidad. La cobertura de esta es muy limitada (según reportes en noticias oficiales, llegan a 700 personas)⁶. El servicio fue anunciado el 20 de julio del 2020, cuando ya existía la Red AMACHAY. Finalmente, resaltamos que no hemos encontrado sinergias entre ambas iniciativas.

En tercer lugar, se levantan observaciones en relación a la disparidad de disponibilidad presupuestal, y las consecuencias de ello en el personal que se encuentra en campo, donde las comparaciones salariales o de contingente de personal son evidentes.

“Como nosotros no estuvimos en el diseño, no lo entendemos. “País” [se refiere al Programa PAIS] tenía presupuesto hasta para camionetas. Tenía presupuesto para coordinador 1, coordinador 2, promotor 1 por cada distrito. Nosotros teníamos uno para todo el departamento. No había presupuesto para coordinador. No había presupuesto para asistente administrativa. No había presupuesto para nada más. Porque eso desincentivó un poco al equipo mío, cuando se enteraron de que los promotores del programa País estaban ganando mucho más en campo y sin embargo, ellos eran los que iban y atendían a la persona adulta mayor”

- (MIMP-1)

5.1.5. Población potencial y beneficiaria

La definición de la población potencial para la Red fue realizada en base a información que la comunidad científica internacional proveía en el momento inicial de la pandemia, información que luego fue sintetizada por el MINSa en la Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSa.

El criterio de definición para la determinación de la población objetivo fue la mayor exposición al riesgo -entonces desconocido en su magnitud- de esa población en comparación al resto de la población. Ello se lee en la norma legal de creación de la Red, transcrita a continuación:

“Las Personas Adultas Mayores con Alto Riesgo son aquellas personas de 60 años a más que presentan al menos una comorbilidad de la lista descrita por el Ministerio de Salud en el Documento Técnico de Atención y Manejo Clínico de casos de coronavirus (COVID-19). Escenario de Transmisión Focalizada, aprobada por Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSa, o norma que la modifique, complemente o sustituya.

Las Personas con Discapacidad Severa son aquellas que tienen dificultad grave o completa para la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo para ello del apoyo de dispositivos o asistencia personal permanente o la mayor parte del tiempo”

- (Art 4 - DS 005-2020-MIDIS)

En cuanto a los criterios técnicos de determinación de la población, se encuentra un esfuerzo complementario entre el MINSa/SIS, y el MIDIS, donde se utilizó información disponible en los sistemas de información del SIS.

⁶ Ver: <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/507393-mimp-fortalece-proteccion-de-personas-adultas-mayores-con-inauguracion-del-servicio-mi60>; <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/214132-mimp-servicio-mi60-atendio-a-mas-de-700-personas-adultas-mayores-durante-estado-de-emergencia-nacional>

“ Se hizo una identificación de las personas que cumplían los criterios de adulto mayor, mayores de 65 años que estén en el distrito que habíamos mapeado, que tenían esa mortalidad [morbilidad] y de ahí se seleccionó otro criterio del índice de Charlson, el índice de Charlson es una medida médica que puede evidenciar la probabilidad de supervivencia de una persona con mayores afecciones frente a una hospitalización: no es igual un diabético que tenga cáncer, que tenga VIH, frente a un diabético normal, o frente a un adulto mayor normal... Entonces teniendo en cuenta esos niveles de riesgo, del índice de Charlson, entonces identificamos, cuales eran esas personas con mayor nivel de riesgo que pueden verse más afectadas, entonces frente a esa identificación ya se identificó a las personas que estaban dentro de ese criterio, que finalmente resultaron, si no me equivoco, 650,000 o 700,000 personas mayores de 65 años cumplían con todos esos grupos de riesgos, del total que eran 1,200.000 bajamos a 700,000 personas que sí tenían mayores comorbilidades o mayores susceptibilidades... Igualmente se hizo la clasificación de interoperabilidad, si bien puede ser que tenga prioridades, quien tiene mayores probabilidades de muerte. Finalmente se colocó igualmente como prioridad, prioridad 1 para que se enfoquen en esas personas... esta información se compartió con el MIDIS, para que también MIDIS tuviesen en cuenta toda esa población, todo ese nivel y que finalmente pueda hacer la gestión y programación del presupuesto respectivamente ”

- (SIS-1)

La focalización territorial se definió de acuerdo con la división de poblaciones de la Red Amachay y Pensión 65/Contigo, donde se identificó que la población urbana era aquella que debería ser atendida. En ese sentido, se buscó optimizar la cobertura poblacional centrándose en los mayores centros urbanos del país.

“ El criterio que se utilizó para elegir estos 152 distritos en teoría, fue aquellos distritos, con mayor cantidad de población vulnerable, proporcionalmente hablando, distritos “ciudades grandes” que poseían una mayor cantidad de adultos mayores y personas con discapacidad, ese fue uno de los criterios para la elección de los distritos ”

- (MIDIS-1)

Con respecto a la población atendida, surge una zona gris con respecto a las competencias de MIDIS y MIMP, en cuanto a la población atendida: adultos mayores y personas con discapacidad. Al respecto, en una entrevista a un representante del MIMP, se hace referencia al programa Mis 60 más, cuyo objetivo es otorgar protección temporal a las personas adultas mayores en necesidad, mediante acciones intersectoriales, mientras que la de la Red Amachay busca atender a esta población, pero a partir de los 65 años y en condición de comorbilidad.

Sin embargo, debido a la proporción existente entre adultos mayores y personas con discapacidad, donde el primer grupo constituye más del 95% de los usuarios de la Red, ocurre con mucha frecuencia que es el grupo que suele ser recordado en las diversas entrevistas realizadas a actores regionales y locales como la única población que atiende la Red Amachay.

“ La norma dice que sean personas vulnerables, que sean adultos mayores y personas que tengan alguna comorbilidad, primeramente ”

- (Coordinador, Puno-1)

“ Una vez identificado ese dato, se capacitó a todas las promotoras, en este caso promotoras, para que puedan hacer el acompañamiento al adulto mayor, entonces, el acompañamiento al adulto mayor a través de llamadas telefónicas y si era necesario hacer las visitas domiciliarias para actualizar la data de todos los beneficiarios de la Red AMACHAY ”

- (GR, La Libertad-1)

En un caso en Lima encontramos una referencia al rol de la OMAPED en la identificación de sus propios usuarios y coordinación con la Red para su incorporación.

“ Se captó con CIAM y OMAPED, que estaban registrados dentro del municipio, se hizo un portal al ciudadano que se le mandó por las redes sociales para que el adulto mayor que vive en el distrito de Santa Rosa, que tenga alguna comorbilidad, pueda inscribirse y nosotros afectarle, validarle sus datos y hacerle el seguimiento ”

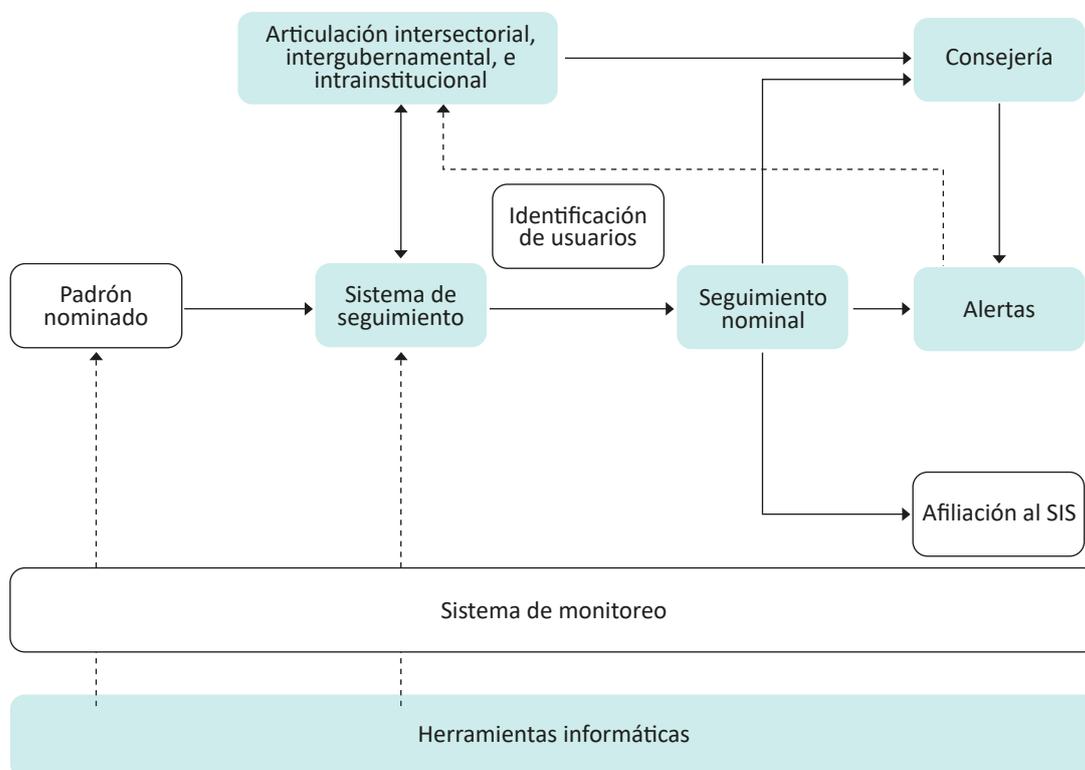
- (MINSa, Lima-3)



5.2 Procesos principales de la Red AMACHAY

En esta sección presentamos los hallazgos encontrados a través de las entrevistas con relación a los principales procesos identificados en la Red AMACHAY. Para facilitar la lectura de estos, volvemos a reproducir el Gráfico 6 que identifica los procesos que fueron evaluados en rojo.

Gráfico 6: Procesos focalizados en el estudio



5.2.1. Identificación de los usuarios

El proceso consiste en la identificación de las personas adultas mayores en alto riesgo y de personas con discapacidad severa construyendo un padrón nominado. La identificación es el punto de partida para los dos siguientes procesos misionales, es decir, para iniciar con el seguimiento nominal y brindar un paquete de servicios priorizados. Los Gobiernos son responsables de la identificación y actualización de datos de los usuarios de la Red.

Año 2020

La primera etapa del proceso, en el año 2020, implicó la elaboración del padrón, que fue inicialmente construido por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS en base a información proveniente de diversas fuentes de información. El proceso quedó registrado en el MEMORANDO N° 165-2020-MIDIS/VMPES/DGSE. Allí se consigna la metodología empleada para la construcción del padrón nominado, que implica operaciones de vinculación de registros entre las diversas fuentes de datos, tomando como base el Registro Único de Personas Naturales (RUIPN) del RENIEC y utilizando como clave de vinculación el código del Documento Nacional de Identidad. Entre las fuentes de información mencionadas se encuentran las indicadas en el numeral 3.17 del documento mencionado:

- Registro Único de Identificación de Personas Naturales (personas mayores de 60 años) administrado por el RENIEC.
- Información nominal y georreferenciación del Censo Nacional de Población y Viviendas 2017, administrado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Sistema de registro de atenciones de salud ambulatoria HIS-MINSA (diagnósticos respiratorios, diagnóstico de comorbilidades).
- Registros de Atenciones y Afiliaciones, prestación de servicios, hospitalización, emergencias, administradas por el Seguro Integral de Salud (SIS).
- Sistema de registro de atenciones de salud ambulatoria de SUSALUD.
- Registro HIS-DISC-WEB del MINSA (diagnóstico de discapacidad).
- Registro Nacional de las Personas con Discapacidad administrada por el CONADIS.
- Registro de Certificados de Defunción SINADEF.
- Registro del padrón de números de telefonía fija y celular administrado por OSIPTEL.

El propio informe señala que ciertas fuentes de información no fueron incorporadas –a pesar de que el Decreto Supremo de creación de la Red así lo determinaba–, tales como el Registro de prestaciones de servicios de salud de EsSalud, el Sistema de registro de atenciones de salud ambulatoria de las Sanidades de la Fuerzas Armadas y Policiales y El Sistema de Historia Clínica Electrónica –SIHCE.

La documentación del proceso de construcción del Padrón Nominal muestra, por un lado, 1) la complejidad que implica administrar diferentes fuentes de información, que de por sí son dinámicas en el tiempo, 2) la ineludible atención a la protección de datos personales –lo que conlleva necesariamente a la creación e implementación de mecanismos de restricción a la información, con una posible aprehensión en parte de los funcionarios responsables de los datos, y el desarrollo de dispositivos seguros de transmisión y almacenamiento de información–; y, 3) la necesidad de establecer mecanismos para que todas las entidades puedan compartir información de forma segura, ágil, oportuna y ordenada.

Teniendo el registro nacional, los Gobiernos locales hicieron ajustes incorporando población, aunque en una proporción menor; ello posibilita corregir fallas en la identificación generadas por desplazamiento poblacional y distinguir situaciones de necesidad. Los ajustes al padrón nominado se dieron a nivel del gobierno local de forma continua en términos de correcciones de errores, inclusión y exclusión de usuarios. En muchos casos, encontramos que el coordinador territorial de la Red, junto con actores sociales de la zona, realizaron procesos de verificación del padrón mediante visitas in situ.

“El MIDIS, ya tenían a todas las personas que habían recibido seguimiento del 2020, a todas esas personas las incorporan para el 2021 y luego el gobierno local, al validarse la herramienta de incorporación de nueva población, también ellos incorporan, pero es una proporción pequeña no mayor a 6000 o 7000 personas”
- (PAIS-1)

El porcentaje de usuarios que estaban correctamente identificados en el padrón enviado variaba de acuerdo con el lugar donde realizamos las entrevistas. En las entrevistas realizadas a gobiernos locales, hemos encontrado mucha variabilidad en cuánto a la referencia en términos del porcentaje de personas empadronadas que correspondían a la realidad, aunque sin evidencia de ello entregada por parte de los entrevistados. Tenemos casos donde se menciona que alrededor del 80% del padrón era incorrecto (Ucayali), mientras que en otro extremo se sugiere que solo el 20% o 30% debiera estar en el padrón (Tacna). Las razones de exclusión se dan mayoritariamente porque no cumplían con los requisitos propuestos por la misma Red. En otros casos, había un catastro geográfico desactualizado, lo que se volvió un obstáculo al momento de encontrar las direcciones de los usuarios y hacer la verificación in situ.

“La base de datos que nos proporcionó el Ministerio era un 20%, el 80% era errónea, datos incompletos. Se tuvo que hacer trabajo de campo, localizar a las personas, y aun así solamente llegamos a un 50%”
- (Coordinador-Ucayali-1)

“Porque era un padrón, por así decirlo, parcialmente incorrecto, un 30 o 20% no era la dirección correcta, los celulares no contestaban”

- (Actor Social, Tacna-1)

“Nos daban un padrón de 5000 usuarios, un grupo era de adultos mayores y el otro grupo era de personas con discapacidad severa. Entonces, ¿cuál era la dificultad? La dificultad era que nos mandaban a veces con direcciones erróneas o nos mandaban a veces sin direcciones, o nos mandaban a veces con direcciones incompletas, o nos mandaban a veces personas que no vivían aquí, personas que ya habían fallecido, entonces, se iba o se tenía que ir a buscar a las personas, hasta su domicilio que indicaba allí o sino, tener que ir hasta la policía, poder dar el nombre y que nos den la dirección exacta porque a veces no nos daban el nombre, pero nos daban la dirección exacta, y nos dilataba el tiempo”

- (GL, Ancash-1)

“La población que nos enviaba el ministerio fue una población que nos faltaba dirección, o nos faltaban los teléfonos, no nos llegó completa la información de cada usuario, pero nos hemos basado en consultar a los líderes de cada comité de gestión. de cada junta vecinal, de cada centro poblado para poder ubicar a nuestros adultos mayores, a través de ello se pudo verificar de personas que habían fallecido, como otras personas que se habían mudado de distrito, también casos de personas que han cambiado de número telefónico, fue arduo el trabajo de ubicar a esta población”

- (GL, La Libertad-1)

Respecto a la incorporación de nuevos usuarios, los entrevistados manifiestan, por un lado, que no tuvieron obstáculo para el ingreso de estos, mientras que otros, comentan lo contrario. Los segundos aducen que el sistema no les permitía realizar aquello, mientras que los primeros afirman que tenían control sobre el mismo.

“12 personas no se le puede hacer el seguimiento porque no desean el servicio, pero no las puedo retirar del sistema ni tampoco puedo ingresar nuevos beneficiarios”

- (Coordinador, Ucayali-1)

La mayor disponibilidad presupuestal en el año 2020 permitió, por ejemplo, que en una municipalidad de Puno, los servicios de la Red sean extendidos a todos los adultos mayores de la jurisdicción.

“Con la red Amachay nosotros prácticamente hemos llegado a la gran mayoría de la población, aparte de la población objetiva que teníamos en el portal, nosotros a partir del mes de julio, que comenzamos, hasta el mes de diciembre, hemos agregado tantos adultos mayores que realmente, no estaban dentro del portal, y tampoco estaban en el portal CIAM porque nosotros trabajamos con organizaciones de base de adultos mayores”

- (GL, Puno-1)

Además, encontramos dos casos, uno en Lima y otro en Ayacucho, donde se realizó una campaña de convocatoria para inscripción de nuevos usuarios mediante redes sociales y entregando volantes.

“Ha estado rotando un “flyer” por parte de la Municipalidad de Puente Piedra, que los actores sociales también difundimos a través de nuestras redes sociales”

- (Actor Social, Lima-1)

“Hacemos campañas, por ejemplo “Súmate a Amachay” hay una campaña de inscripción, donde cada actor social en su entorno, en su barrio donde vive, selecciona adultos mayores que están en situación de abandono, vecinos, amigos, y se hace la inscripción, dentro del sistema “Súmate a Amachay” obviamente si está en un programa social no se ingresa, si está libre lo ingresamos al sistema, sus datos, ese es más o menos el procedimiento”

- (GL, Ayacucho-1)

Encontramos el caso donde otros actores, tanto estatales como organizaciones civiles, participan en identificación de usuarios como, por ejemplo, fue registrado en Ayacucho.

“El centro de salud nos envían también adultos, y la DEMUNA, nos envían y las juntas directivas de cada barrio, los comedores populares por ejemplo nos remiten la población que probablemente requieren los incorporen, muchas veces los vecinos, nos indican, que ahí hay un abuelito que no recibe ninguna ayuda de ninguna institución, enviamos a los actores para que pueda hacer la entrevista necesaria al adulto mayor, se hace la ficha y se incorpora al sistema”

- (GL, Ayacucho-1)

Por último, hemos recogido algunas referencias a la necesidad de un certificado médico para el caso de identificación de potenciales usuarios en la categoría PCDC, lo que implica pasar por una cita médica. Ello complejiza el proceso, especialmente durante la pandemia, donde las alternativas de atención médica estuvieron limitadas.

“Si son personas con discapacidad severa, tiene que corroborarlo un médico certificado”

- (Coordinador, Ucayali-1)

Año 2021

Ya en el segundo año, verificamos que el proceso de identificación de usuarios dio mayor autonomía e iniciativa a los Gobiernos Locales en cuanto a la posibilidad de incluir usuarios. Ese cambio, en general, ha sido bienvenido entre los entrevistados responsables de dicho proceso.

“Entonces, en la segunda fase fue totalmente diferente, nosotros ya manejábamos, de alguna forma, los usuarios, independientemente de lo que nos mandaba MIDIS, nosotros podíamos ingresar también algunos usuarios a la Red AMACHAY”

- (GL, Ancash-1)

Esa flexibilidad en el segundo año permitió, en algunos casos, una desconcentración y redistribución de las tareas de la gestión del proceso de identificación a nivel local.

“En la primera parte, no había esa facilidad, solamente era creo que el coordinador territorial quien se encargaba de ver y monitorear y una persona encargada que era una ingeniera, quien tenía el acceso directo para que pueda subir los casos para que pueda seguir las alertas y para que pueda levantar las alertas. En el segundo periodo, ya no destinaron de alguna forma, nuevos usuarios para que los equipos funcionales también puedan hacerles seguimiento a los casos, entonces, teníamos más personas que nos puedan apoyar, debido a que ya no había muchos actores sociales y se encargaban directamente las oficinas de OMAPED y del CIAM, de poder hacerle seguimiento a los casos”

- (GL, Ancash-1)

En algunos casos, en las entrevistas a actores locales, se percibió malestar y desmotivación tanto de los actores sociales como de los coordinadores territoriales por el padrón recibido y la inflexibilidad para retirar a usuarios de este. Cabe agregar que para la verificación en el lugar estos dos entrevistados tuvieron que hacer uso de su propio dinero para movilizarse, en la mayoría de los casos.



“En sí un 80% de la población, lo que el mismo sistema nos indica, hay personas que han cambiado de número, personas que no respondían, personas que han fallecido, y en el mismo sistema yo lo pude observar en el mismo sistema, fallecidos, no quieren contestar, no lo cambian, no lo actualizan, con ese mismo 80% sigue”

- (Coordinador, Puno-1)

“Ese es el problema más grande del portal, uno que no está actualizado y lo segundo que tú no puedes mermar, no puedes eliminar a beneficiarios, por ejemplo, yo tengo 1500 beneficiarios, pero tengo como 200 o 300 beneficiarios, vamos a decir 200 beneficiarios que no quieren que les haga el seguimiento”

- (Coordinador, San Martín-1)

“Porque había veces donde nosotros teníamos que ir a buscar esa dirección. Entonces teníamos que gastar también nuestro pasaje. Pero había veces, donde la municipalidad, más que todo para el tema de las vacunas, cuando había campaña de vacunas contra el neumococo o la influenza, ahí sí, la municipalidad nos movilizaba”

- (Actor social, Tacna-1)

5.2.2. Seguimiento Nominal

El proceso de Seguimiento Nominal consiste en el seguimiento individualizado de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa en base al padrón nominado de cara a la entrega del paquete de servicios priorizados. El seguimiento nominal se realiza a través de comunicaciones telefónicas y/o de manera presencial mediante visitas domiciliarias. El MIDIS puso a disposición una herramienta informática para la gestión del seguimiento nominal (Portal de Seguimiento de la Red de Soporte), que además sirvió como repositorio de información para la gestión nacional de la Red, así como la producción de información relevante sobre la misma. El MIDIS explica la creación y gestión del Portal en el marco de su rectoría del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS), creado mediante Ley N° 29792.

“Es preciso indicar que el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, en el marco de la rectoría del SINADIS, ha puesto a disposición de los Gobiernos Locales y entidades una herramienta informática para dicho fin (Portal de Seguimiento de la Red de Soporte)”

- (Informe Red AMACHAY 2021, p.10)

El seguimiento nominal estuvo a cargo de los gobiernos locales. Como producto de las transferencias presupuestales en los años 2020 y 2021 fueron contratadas personas para dar cumplimiento a esta tarea. A diferencia del año 2020, en que había recursos financieros más abundantes, muchos gobiernos locales alcanzaron a contratar un número importante de empleados (“en algún momento 50 personas en algunos casos llegaron a 100 personas...” - Coordinador-Puno-1), ya en el año 2021 el presupuesto fue muy limitado y se contrató una fracción de lo que había en el 2020.

La consecuencia de ello es el cambio brusco en términos de periodicidad y cobertura de usuario mediante seguimiento. Las llamadas telefónicas pasan a hacerse de forma más espaciada. Por ejemplo, pasan a ser de interdiarias en el 2020 a semanales

en el 2021. Además de ello, se identifica que la propia calidad del servicio depende también de la organización y estructura del gobierno local, puesto que desde esta instancia se gestiona el recurso humano:

“Al no ser un componente bajo la gestión del MIDIS, depende mucho del gobierno local, la calidad del recurso humano que se contrata y el nivel de cumplimiento de ello también, pero más en el 2020, de hecho, alrededor de 80 gobiernos locales se comprometieron a trabajar de manera autónoma con sus propios recursos, porque en el 2021 los recursos sirvieron para 3 meses, luego han continuado un grupo de gobiernos locales que ya fueron con recursos de sus propias entidades o voluntarios”

- (PAIS-1)

El Seguimiento Nominal es un componente de la Red sobre el cual se ha observado tiene mayor estandarización entre Municipalidades. Es decir, se observó respecto a los otros componentes, diferencias entre ellas, algunas veces marcadas (que se explicarán en cada apartado); sin embargo, este componente tenía el mismo proceso en todas las municipalidades. Este es: los actores sociales se encargaban de realizar las llamadas a los usuarios mediante un portal, el cual, de acuerdo con la respuesta a las preguntas realizadas, se generaban alertas que luego eran comunicadas y revisadas por el coordinador territorial. Este último se comunicaba con la institución que podía resolver la alerta (alimentos, salud, violencia o abandono). Una vez resuelta por la entidad, se le comunicaba al coordinador territorial sobre la solución de esta alerta y dar de baja la alerta.

Por otro lado, el Seguimiento Nominal devino en una instancia oportuna para que el adulto mayor en estado de vulnerabilidad pueda tener soporte emocional y recibir atención técnica a distancia. Tal es así que se percibió la interiorización de este componente como aquel que tenía como objetivo dar soporte emocional.

“Nos expresan de esa manera con palabras, sus recuerdos, a veces tienen un tema sensible de lo que están pasando, nosotros somos como psicólogos, como orientadores que estamos ahí para escucharlos”

- (Coordinador, Puno-1)

Un aspecto importante que también surge en las entrevistas es el trabajo de voluntariado del programa Bicentenario, donde los voluntarios hicieron el mismo trabajo que el personal contratado para gobiernos locales. El Proyecto Bicentenario se movilizó desde el inicio de la Red dado que era una plataforma que venía organizándose previamente a la pandemia, y que terminó adaptándose a las necesidades de aquel momento.

“ Nos basamos en toda la experiencia dentro de este grupo que estábamos conformando voluntarios el Bicentenario, yo vengo de trabajar con Naciones Unidas en lo que fue los voluntarios de Lima 2019 (...) En la Red Amachay estuvimos desde el inicio porque cuando arrancó la pandemia, la emergencia sanitaria en marzo del año 2020, nos cambió la vida a todos, pues nosotros estábamos iniciando todo lo que era el armado del trabajo de los voluntarios del Bicentenario, estábamos armando la agenda, íbamos a viajar por todo el país, porque el voluntariado del Bicentenario, tiene una figura particular, porque estaba orientado a fortalecer los temas de ciudadanía en el marco de la conmemoración de los 200 años de la independencia (...) la emergencia llegó, nos cambió, y llegó esta solicitud, comenzó la crisis de las personas que estaban pasándola bastante difícil, y desde la Red Amachay hicimos trabajo con la gente del MINSA, pues nos activamos con los voluntarios, se necesitaba hacer procesos de seguimiento, se necesitaba hacer llamados para saber cómo estaban los adultos mayores, luego vino también lo de los bonos, informar acerca de los bonos y bajo esa premisa de la emergencia sanitaria, se comenzaron a desarrollar acciones que estaban orientadas a hacer convocatorias de voluntarios, registros de voluntarios, todavía nosotros no contábamos con una plataforma como la que tenemos al día de hoy, que tenemos una plataforma digital donde los voluntarios ya se pueden registrar, en ese momento no la teníamos elaborada ”

- (BICENTENARIO-1)

El Proyecto Bicentenario, al tener una mayor organización y recursos, implementó además procesos adicionales que fortalecieron el proceso de seguimiento realizado por sus voluntarios tales como verificación de antecedentes judiciales, formación y acompañamiento a los voluntarios.

“...(hicimos una) labor, de acompañamiento, de información, de soporte emocional, todo esto por supuesto trabajándolo de la mano con las instancias que estaban vinculadas, entonces que hacíamos nosotros, todo el proceso de gestión, de convocatoria voluntarios, de gestión, con los organismos hacíamos procesos de registros. Por ejemplo, para verificar que estos voluntarios que estábamos llamando a la acción, no tuvieran antecedentes penales, no tuvieran antecedentes judiciales, porque estábamos hablando de manejo de data, sensible y delicada por decirlo de alguna manera, y teníamos paralelamente a eso con los contenidos, la información, que información le vas a brindar a esta persona beneficiaria, donde puedes cobrar la pensión, o si estás registrada...”

- (BICENTENARIO-1)

“...comenzamos el proceso de selección de los voluntarios, el proceso de formación, charlas, cómo hacer la labor, el guion del discurso que ibas a tener cuando llamaras a la persona para preguntarle determinadas cosas, pero también el proceso de acompañamiento, que también tenía que ser normado, estructurado, sobre todo saber cuántas horas ”

- (BICENTENARIO-1)

5.2.3. Paquete de servicios

En general, existe mucha diversidad en los entrevistados en el territorio en cuánto a la comprensión de la existencia del Paquete de servicios, identificado como un conjunto articulado de actividades. A continuación, ejemplificamos ello con respuestas que manifiestan tanto un conocimiento preciso, un conocimiento genérico y algo confuso, y otro caso donde no se identifican las actividades realizadas como un paquete de servicios. En la mayoría de los casos, los actores sociales no identifican el paquete de servicios como una unidad, sino se refieren a los distintos servicios que lo componen.

“ También a nosotros nos supervisaban, nos hacían un monitoreo, un seguimiento, de acuerdo, como te menciono, que era un sistema, por ejemplo, en el sistema y así tu estas cumpliendo con tus paquetes priorizados ya se reflejaban ”

- (Coordinador, Pasco-1)

“ Nosotros teníamos todo un flujo, un flujo de atención, quienes identificaban las alertas eran los actores sociales, ellos hacían el seguimiento diario a través de llamadas telefónicas o a través de visitas, también a la población objetivo; a través de estas llamadas telefónicas, identificaban la el tipo de alerta, si era una alerta de salud que podría, por ejemplo, ser de una persona que tuviera la sintomatología de COVID o que necesitara su medicación por alguna comorbilidad que tuviera, entonces se dará parte al equipo de atención en salud que estaba integrado, especialmente por profesionales de enfermería, fueron los que se contrataron aquí en la región, estos profesionales de enfermería eran quienes recepcionaban estas alertas y gestionaban la atención, si es que se trataba de algún caso que tuviera alguna sospecha de COVID, se gestionaba todo el paquete de la evaluación el tema de tratamiento, de seguimiento, y lo hacía también el personal de enfermería el seguimiento continuo ”

- (GR, Lambayeque-1)

“ U: Respecto al paquete de servicios priorizado, ¿ustedes consideran o han considerado organizaciones sociales de las localidades para la entrega de este paquete de servicios? E: ¿Cómo así? No le logro entender ”

- (GR, Junín-1)

A continuación, presentamos el análisis de cada uno de los tres servicios que la Red Amachay entregaba de forma priorizada, a saber, la consejería y orientación en prácticas saludables; la identificación de alertas sobre salud y otros riesgos; y, finalmente, la afiliación de beneficiarios al SIS.

5.2.4. Consejería y orientación en prácticas saludables

El servicio de Consejería y orientación en prácticas saludables fue un servicio recurrente que se prestaba junto a las llamadas de seguimiento a los usuarios.

“ Yo considero que ha sido muy fructífero el tema de educar a la población, si bien es cierto, la pandemia nos ha demostrado que no todas las personas tenían conocimiento de cómo tenía que ser el lavado de manos, qué era higiene respiratoria, de cuáles eran los cuidados en el marco de la COVID-19-19 y de otras enfermedades, pero sí nos hemos podido percatar de que la población, parte de la población, se ha educado y ha aprendido sobre ello ”

- (GR, Junín-1)



Los actores sociales y los coordinadores territoriales manifestaron que este servicio tiene como finalidad un rol educativo y de prevención. Este consistía en brindar a los usuarios información sobre nutrición, limpieza de la casa y cuidados frente a la COVID-19. Asimismo, mencionan que recibieron capacitaciones al respecto, pero no material escrito; sin embargo, quienes dieron esta información afirman que dejaron las diapositivas utilizadas para los actores sociales.

“Al inicio (2020) hemos recibido capacitaciones sobre prácticas saludables, sobre nutrición, sobre el tema de cómo poder mantener limpia tu casa y con respecto a los cuidados con respecto al COVID ”

- (Actor Social, Tacna-1)

“E: Por supuesto, nosotros sí hemos capacitado. Hemos, mi propia persona ha capacitado a los actores sociales, así mismo los coordinadores de la promoción de salud, de las redes de salud, se han encargado de capacitar a los actores sociales.

*U: ¿Ustedes a la vez recibieron capacitación del Ministerio?
E: Del Ministerio, sí.*

U: ¿En esa capacitación dieron algún material escrito, o fue meramente oral? E: No. Netamente oral. Pero si nosotros hemos trabajados con los chips..., con el chip de lavado de manos, lo llevábamos a cada capacitación, hemos mandado, del material que teníamos en la oficina, de la COVID-19, se ha impreso y eso también se ha entregado, o sea, hemos trabajado de la mano ”

- (GR, Junín-1)

Por otro lado, se encontró en el caso de Apurímac un caso en el que se realizaban charlas de alimentación y limpieza vía zoom, lo cual fue una práctica innovadora comparado con el resto de las regiones a las que se llamó. Así también, se observó un caso en la que se daban charlas de prácticas saludables nutricionales de manera presencial:

“En primer lugar, esas prácticas me citaron a la Municipalidad misma, fui ahí, me dieron unas normas de cómo debo preparar mis alimentos, qué debo comer, qué no debo comer, qué debo beber y qué no debo beber y eso me sirve bastante, además de que soy una persona que no bebe nada frío, siempre tibio o caliente, en mis comidas también, mis comidas son naturales, no consumo casi nada de tienda ”

- (Beneficiario, Apurímac-1)

Los usuarios de la Red valoraban también la información que se les dio sobre las vacunas. Esto, según los coordinadores, los motivó a vacunarse tanto contra el Neumococo como contra la COVID-19.

“Ahora este año (2021) nos están llamando es para “¿cuándo nos vamos a vacunar la influenza?” Entonces, ya estamos coordinando con el Centro de Salud Pocollay, para ver cómo vamos a hacer las vacunas de la influenza, a veces íbamos por asociaciones, a vacunarlos, pero estamos viendo porque son 30 días que tienen que haber pasado de su tercera dosis, para que se puedan vacunar de la influenza ”

- (Coordinador, Tacna-1)

“En cuanto a la Consejería, yo creo que, si bien es cierto no estaban claramente definidas las herramientas, la Red AMACHAY ha cumplido un rol clave para el proceso de vacunación, llamando, invocando, acompañando, incluso yendo de manera domiciliaria a las personas que no podían o se resistían al proceso de inmunización ”

- (PAIS-1)

Una de las hipótesis iniciales de la investigación sugería que la combinación de llamadas muy frecuentes (al inicio, interdiarias, y luego semanales), junto al masivo esfuerzo comunicacional, de parte de los distintos niveles de gobierno, así como, también de los medios de comunicación masivos (TV y radio) podría producir saturación en los usuarios con relación a los consejos habituales como usar mascarillas, lavarse las manos, cumplir la cuarentena, entre otros. Aunque no hubo la oportunidad de realizar esa pregunta en todas las entrevistas (dado el riesgo de generar un sesgo en las respuestas que contamine toda la entrevista), en algunos casos la conversación pudo detectar eso.

“Por un lado a veces hacía de que se ve muy trillado, por así decirlo, pero si el mismo adulto mayor, tú te das cuenta a través de la entrevista de que esa persona ya sabía, “sí señorita, yo sé que me tengo que lavar, que no tengo que salir de casa, que no sé cuánto...” entonces, ya tú ahí medías el nivel de recordación que esta persona tenía porque ha sido algo constante, más nos hubiera solo dado por parte de los medios de comunicación (...) de pronto, en un segundo mes obviamente sí, ya se ha tenido que cambiar, digamos el discurso, no el discurso, digamos, se hubiese tenido que girar en torno a otras necesidades porque entendamos de que las necesidades iban cambiando, ya no solo pasábamos por una primera ola, sino ya, por una segunda ola ”

- (Actor Social, Arequipa-1)

En la conversación reproducida a continuación, surge además el conflicto entre la saturación de información junto al problema de la desatención de otras necesidades de los usuarios, especialmente relacionadas a enfermedades crónicas. La consejería y las llamadas tienen aquí un límite al no poder lograr gestiones para la atención de los problemas activos y latentes.

“En algún momento los usuarios llegaban a saturarse. Si bien es cierto recibían llamadas, les informaba y educaba, la persona necesitaba algo más que ser educadas, y era que se les dé respuestas a sus necesidades de salud. Y si bien es cierto, yo trabajo en el sector, en algún momento, pues, colapsó el tema de las atenciones porque no fueron atendidas a tiempo, pero sí, considero yo que las llamadas telefónicas eran muchas en muy poco tiempo, o sea, a la semana, que te llamen tres veces a la semana, ya era..., y llego a ser un poco incómodo para los adultos mayores ”

- (GR, Junín-1)

Respecto a los usuarios, ellos valoran los consejos de orientación de prácticas saludables para prevenir el contagio de la COVID-19. Ante la pregunta sobre las prácticas de prevención de la COVID-19 que le explicaron mediante las llamadas, uno de los usuarios manifestó:

*“U: ¿Qué prácticas debe tener para afrontar la COVID-19?
E: Lo usual, lo que uno ya sabe, siempre le dije a mi papá que siempre tiene que lavarse las manitos constantemente, no debe estar tocando el piso, no estar muy cerca de la gente, aparte de eso mi papá le dice que él no sale de la casa porque el teme salir a la calle, la que sale soy yo mayormente porque, como mi esposo también es diabético, el no sale mucho, mi papá. Por ese lado estamos nosotros tranquilos, y eso, siempre le recomiendo que salga al parque, pero que tenga mucho cuidado, con su mascarilla, alcoholcito, lavado de manos, bueno todo lo que corresponde al protocolo ”*

- (Beneficiario, Arequipa-3)

Esto manifiesta que al parecer podría haber saturación de información de parte de los usuarios; sin embargo, igual no dejan de valorar el servicio:

“Siempre me recordaban (los actores sociales mediante la llamada) que no debo tocar las cosas, debo lavarme con jabón, debo estar siempre alejado de la gente, no debo salir, ha sido de gran ayuda, porque en mi casa nadie sufrió ningún mal ”

- (Beneficiario, Tacna-1)

5.2.5. Identificación de alertas

La identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social ocurre como parte del Seguimiento nominal que el actor social y/o voluntario realiza por vía telefónica o en visita domiciliaria. Las situaciones de riesgo que fueron monitoreadas y acompañadas fueron:

- Casos sospechosos de la COVID-19
- Detección de enfermedades no transmisibles:
- Aseguramiento en salud:
- Riesgo de abandono al beneficiario
- Supuesta situación de violencia
- Necesidad de alimentos o ayuda material

Los actores sociales y los coordinadores territoriales describen el flujo de alertas de la siguiente manera: El actor social, al recibir respuestas por parte del usuario, puede generar una alerta por alimentos, salud, violencia o abandono. Luego, esta es comunicada al coordinador territorial, quien realiza las solicitudes necesarias para resolver la alerta.

Las rutas de acción dependen de cada tipo de alerta y varían de acuerdo con las Municipalidades. Cuando la alerta está relacionada a la necesidad de alimentos, normalmente la Municipalidad se encarga de proveer canastas de alimentos. Al respecto, también se han reportado casos en los que programas como Vaso de Leche y Qali Warma se encuentran articulados y brindan alimentos para solucionar las alertas. Así mismo, instituciones privadas como la Cámara de Comercio, el Rotary Club y el Club de Los Leones (en áreas urbanas) realizaron donaciones de alimentos. Finalmente, también se observó que ha habido casos en los que los mismos trabajadores han realizado juntas de dinero para comprar canastas para los usuarios de la Red. En las demás entrevistas a beneficiarios, hubo algunas menciones de haber recibido ayuda de alimentos, pero ello no es claramente relacionado a la Red Amachay, sino que se identifica como una actividad de la Municipalidad.

“E: Me llama una jovencita, no me acuerdo y ahora un joven me llama, me he cambiado a otro sitio me dijo la señorita ahora un joven me llama.

U: Ya veo, y que servicios además recibe de OMAPED.

E: Nada solo este año he recibido una canastita, me ha caído bien.

U: Una canasta de víveres le han dado.

E: Sí una canasta de víveres ”

- (Beneficiario, Arequipa-2)

Los casos de salud eran reportados por el coordinador territorial al encargado del establecimiento de salud más cercano. Este se encargaba de realizar las coordinaciones correspondientes para la movilización del paciente al establecimiento de salud para luego atenderlo. Una vez resuelta la alerta, se informaba al coordinador territorial para que levante la misma.

Los casos de violencia o abandono eran coordinados con el CIAM, el Ministerio de la Mujer y la Policía Nacional del Perú. En el conjunto de entrevistados a nivel local y beneficiarios no se han encontrado menciones a casos de violencia, más sí de abandono. Hubo situaciones en las que se encontró a adultos mayores en completo abandono y se les dio un lugar en un asilo o casa de reposo. Sobre los casos de violencia, los actores sociales manifestaron que en el portal la pregunta es muy directa y que les resulta evidente la generación de un sesgo en las respuestas de los usuarios. Es posible que por esa razón no se hayan reportado estos casos.

“ Por ejemplo, en cierta región por equipo se iba a identificar cuál iba a ser el punto para que cada gobierno local iba atender la alerta de salud, digamos la alerta de abandono, violencia y de alimentos. Entonces, la alerta de alimentos iba a ser atendida por el punto focal de alimentos, en primer momento utilizaron el de las canastas que se dio en incógnito y las transferencias con eso se daban alimentos y registros a comedores populares para que pudieran darle estos alimentos ”

- (MINSa-2)

Año 2020

Por último, los actores sociales afirman que, en un inicio, al tener gestores locales en el establecimiento de salud, las alertas se resolvían rápidamente, mientras que después del corte del presupuesto del año 2021, la ausencia de estos gestores retrasó el proceso y las coordinaciones necesarias para atender con celeridad al paciente.

“ Bueno al inicio, era que cuando nosotros digamos levantábamos una alerta así, correcta, era correcta, si tenía todo y que al final, quizás si llegó a tener COVID, que apenas levantábamos la alerta, pasa un par de horas, bueno al instante le llegaba coordinador, pero un par de horas ya se derivaba y llegaba la respuesta ”

- (Actor Social, Tacna-1)

“ Sería bueno que este trabajo sea articulado como era en un principio para que la alerta por ejemplo de salud también llegue directamente a la parte de salud, que haya un responsable de la Red, en cada centro de articulación, y que esa persona se haga responsable por ese beneficiario... Porque nosotros al recibir una alerta de salud, tenemos que llamar muchas veces, a hablar con una persona, que nos comuniquen con otra, para poder darle la atención y se dé (...), está bien siempre y cuando las personas de las otras entidades estén comprometidas, pero si es algo que no les interesa mucho, porque no es continuo es complicado ”

- (Coordinador, Ucayali-1)

Año 2021

En el año 2021 se detecta también una desmotivación que cortó el flujo de atención de las alertas. Esta desmotivación se dio porque los actores sociales y el coordinador territorial se dieron cuenta que no se atendían a los usuarios en los establecimientos de salud por no contar con los gestores en estos puntos.

“ Hubo un problema con las alertas, es que nosotros nos dimos cuenta de que como no había un soporte de parte de los demás puntos focales, entonces vimos la necesidad de que ya para qué vamos a levantar una alerta, si no va a pasar nada ”

- (Actor Social, Tacna-1)

Consecuentemente, este corte del flujo generó, en algunos casos, desconfianza de parte de los usuarios. Así lo manifiesta uno de los actores sociales:

“ Entonces, como que ya, por decirlo así, [los usuarios] van a ir perdiendo la fe en nosotros [los actores sociales], de que no van a hacer nada, entonces para qué me llaman, quizás ese ha sido el punto ”

- (Actor Social, Tacna-1)

El proceso de generación de alertas también se fue refinando durante el tiempo. Por ejemplo, se realizó una actualización a la plataforma que permitió realizar el seguimiento de manera más fluida y con mayor precisión al momento de generar alertas.

“ Anteriormente [2020] (...) los beneficiarios que tenían una tos, se generaban como una alerta de COVID, ahora no ”

- (Coordinador, Puno-1)

Otro aspecto que fue incluido y significa una mejora en la gestión del servicio fue la introducción de la identificación de otras enfermedades, dada la población específica de la Red, que padece de un número mayor de comorbilidades en comparación a otros segmentos poblacionales.

“ El tema de la atención de las alertas para el 2021, se incorporó el tema de las enfermedades transmisible y crónicas de los adultos mayores, yo creo que ahí sí, hay una brecha enorme para satisfacer la demanda, la demanda es grande... y no hay capacidad de respuesta ”

- (Coordinador, PAÍS-1)

La introducción de la identificación de alertas de enfermedades distintas a la COVID-19 ocasionó, debido a la dificultad de acceso al sistema de salud, un número importante de alertas relacionadas a enfermedades no transmisibles y crónicas.

“ A ver, en cuanto a salud, siempre las alertas de salud eran más frecuentes que las de riesgo social, y dentro de las alertas de salud, ahí tuvimos un viraje entre la primera y segunda fase, en la primera fase las alertas más frecuentes eran las de COVID-19, y en la segunda fase pasó algo bastante interesante que las alertas más frecuentes fueron las de enfermedades no transmisibles, y esto tiene mucha lógica porque durante la pandemia, por la COVID-19, muchas personas adultas mayores que normalmente tenían enfermedades crónicas, dejaron de atenderse por el tema del cierre de los establecimientos de salud y que todo se enfocó al COVID-19 ”

- (MIDIS-1)

5.2.6. Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS)

Conforme a la normativa establecida por el sector salud, el actor social y/o voluntario, al momento de la llamada telefónica o de la visita domiciliaria, debe identificar la carencia de un seguro de salud por parte del PAMAR o PcDS y orientar al beneficiario para su Afiliación al Seguro Integral de Salud perteneciente al SIS. El MINSAsumió las tareas relativas a la filiación al SIS, vacunación y atención de casos por COVID-19.

Los actores sociales y los coordinadores entrevistados tienen versiones distintas del flujo que se dio para este proceso. En el 2020 ocurrieron de forma virtual, previa visualización en el aplicativo “SU SALUD CONTIGO” de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD); caso contrario, presencialmente y mediante contacto directo con el SIS. La primera consiste en que el actor social toma los datos del usuario y los ingresa al aplicativo “SU SALUD CONTIGO, confirma si tiene el SIS, y de no ser así, lo inscribe. La segunda forma consistía en inscribir al paciente en un centro de salud al momento de su atención, mientras que la última modalidad dependía de los puntos focales, donde se juntaba información de todos los usuarios sin SIS y se enviaban sus datos al SIS para que sean inscritos.

“ Sí, descargamos “Su salud”, hay un aplicativo, nos pide DNI, el usuario ya nos manda por WhatsApp, ponemos la imagen y lo visualiza el aplicativo y automáticamente le dan el SIS. Eso ya lo hemos manejado en los primeros meses de este año [2021] y todos los usuarios que tengo tienen seguro o SIS ”

- (Coordinador, La Libertad-1)

Ya en el año 2021 aparecen en los actores sociales entrevistados referencias al aplicativo móvil lanzado en marzo del año 2021⁸ por el SIS llamado “SIS: Asegúrate e Infórmate”⁹.

“ ... dentro de todo esto se ha había interconectado un tipo de alerta SIS que había en Red AMACHAY 2 [2021], que era para identificar si un ciudadano adulto mayor discapacitado, no tenía ningún tipo de seguro, pudiera haber alertado a los asesores que tenemos a nivel nacional para que ellos den la asesoría a la persona, y poder afiliarlo, porque probablemente, pueda ser que tenga un seguro o que no tenga seguro SIS o que necesitaban tener seguro SIS, pero por dificultades que habían en el sistema, eso dificultaba que SIS pudiera afiliarlo de manera automática, entonces ya con el apoyo se daba la consejería por parte de los equipos ya capacitados y entrenados de cómo iba a ser esta Red AMACHAY, y cuál iba a ser su soporte de ellos frente a esta realidad ”

- (SIS-1)

“En cuanto al SIS no hubo inconveniente los pocos casos que quedaban para afiliación, se trabajaron de manera eficiente, el SIS tiene un esquema más amigable para afiliarse, cualquier persona podría afiliarse, el SIS tiene una app que permite afiliarse a cualquier persona de manera directa sin necesidad de contactarse directamente con ellos” (Actor Social-Lima-1).

En algunos casos, por problemas relacionados al padrón enviado inicialmente, hubo dificultades en el proceso de afiliación al SIS.

“ Fue muy complicado porque a nosotros nos han dado un Excel tu entra a la página de AMACHAY (...) y te salen tus 1500 afiliados, entonces ahí te salta que 70% tenía un seguro y un 30% no, pero cuando tu ponías su DNI para consultar si estaba asegurado o no estaba asegurado [no coincidía], yo le dije a mis actores sociales “chicos, esta semana no llamen pongan los DNI en este portal y vean si están asegurados a SIS o Essalud, los que no estén asegurados me pasan sus números, sus DNI, y los afiliamos. Una chambaza en verdad porque a nosotros nos exigían y nosotros no tenemos la culpa porque también el Excel que nos bajamos no estaba muy actualizado

- (Coordinador, San Martín-1)

En las entrevistas a los usuarios no se encontró a **ninguna** persona que haya manifestado que fue inscrita al SIS. Por otro lado, se observó que varios usuarios a los que se llamó por teléfono tenían seguro de ESSALUD, lo cual coincide con lo mencionado por los actores sociales quienes explican que la lista de usuarios de la Red tiene a varios que no requieren el servicio de afiliación al SIS.



⁷ <https://play.google.com/store/apps/details?id=pe.gob.susalud.servicio&hl=en&gl=US>

⁸ <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/noticias/346108-sis-lanza-aplicativo-movil-para-que-ciudadanos-se-afilien-automaticamente-desde-sus-celulares>

⁹ <https://play.google.com/store/apps/details?id=gob.pe.sis&hl=en&gl=US>

5.3 Soporte, monitoreo y datos

En el año 2020, en el inicio de la intervención, los distintos sectores nacionales trabajaban a partir de reuniones de coordinación donde los sectores reportaban sus avances y se coordinaban acciones; progresivamente el MIDIS desarrolló una plataforma en la cual cada sector comienza a subir información según sus competencias; esta plataforma fue mejorando a medida que fue siendo usada, tal es así que, por ejemplo, primero todo se manejaba desde el nivel nacional, y podían acceder para generar nuevos usuarios:

“ Había un sistema de registro que generó MIDIS, ya un poco más avanzada, no recuerdo el nombre del sistema una plataforma que ellos diseñaron que tenía todo el proceso desde cuando hacías la primera llamada, cuando hacías la segunda llamada, cuando hacías el proceso de cierre, que ibas reportando, y ahí te generaba la alerta, pero eso fue ya avanzado, tampoco fue de inmediato, al inicio lo que se hacía era hacer reportes, usando formularios y mandando la información de manera permanente a las instancias respectivas al finalizar cada semana ”

- (BICENTENARIO-1)

“ En un principio el manejo del sistema estaba centralizado, por ejemplo, en la generación de usuarios, los gobiernos locales, cuando perdían una persona, para generar nuevo usuario que le permita acceder al sistema y hacer los registros, podía demorarse porque había una cadena de solicitudes, por suerte ya se corrigió, se le dio la administración a una persona del gobierno local para que haga esta tarea y haya una respuesta inmediata; eso fue uno de los cuellos de botellas del 2020 bastante críticos ”

- (PAIS-1)

De otro lado, no todos los actores reconocen hacer uso de la misma plataforma, representantes de MIMP y de ESSALUD expresaron que hacen uso de sus propios sistemas; la razón principal, al parecer es que la plataforma generada por MIDIS es para el registro de información acotada a los fines de la Red, mientras que estos actores consideran necesario contar con otro registro. Testimonios como estos conciben a la Red como espacio de trabajo de todos, pero no estuvo suficientemente posicionada:

“ (en relación con la plataforma de AMACHAY) cuál es el problema de ese padrón, es que la población objetivo no sé si ha cambiado este año, pero la población objetivo de AMACHAY son personas adultas mayores con al menos una comorbilidad, es decir no está la totalidad de la población adulta mayor y es más esas personas son todas mayores con al menos una comorbilidad registrada en alguno de los sistemas del estado. Qué pasa con aquellas personas que tienen una comorbilidad y no están registradas ni en SIS ni Essalud. No hablo de su nombre y apellido, sino que su enfermedad esté registrada en alguno de los sistemas ”

- (MIMP-1)

“ En realidad, no trabajamos con la ficha que hacía el MIDIS. Teníamos entendido que el MIDIS en ese tiempo contrató a algunos profesionales para hacer el seguimiento a nivel nacional, o estudiantes y utilizaron una plataforma, pero en el caso de ESSALUD, hicimos un formato de Google Forms. De hecho, ese formato lo hemos venido mejorando a medida que ha pasado el tiempo y considerando otras variables)... Al inicio, en ese formato de Google Forms, se consideró síntomas de COVID; síntomas respiratorios; la presencia de COVID-19 o no; violencia en diversas formas; se consideró si el adulto mayor vivía solo o no, o si necesitaba alimentos o no porque algunos vivían solos; se consideró intervenciones realizadas, dado que nuestros profesionales que las realizaban no eran estudiantes, sino eran una trabajadora social o una psicóloga. Ellos hacían soporte social, soporte emocional, el acompañamiento. Entonces, estas intervenciones también fueron registradas en este Google. Se registró la forma de comunicación porque los responsables tenían grupo de WhatsApp con ellos. Todas las diversas formas de comunicación se hicieron: Facebook, WhatsApp, llamada telefónica ”

- (ESSALUD-1)

“ Allí reportaban en ese enlace y todos los casos aparecían, y ese era un Drive compartido juntamente con la doctora que era de teleconsulta, lo visualizaba yo y a la par también la doctora. Y luego la doctora de teleconsulta hacía llamadas correspondientes, el tipo de sintomatología que presentaba. De acuerdo a eso, me derivaba a mí para yo enviar al equipo de comando COVID para que puedan realizar la visita para el tamizaje del paciente, el tamizaje o seguimiento clínico, presencial ”

- (MINSA, Lima-2)

Parte de la explicación que se da para la dificultad encontrada en la gestión de la información es la reticencia de las personas dentro de las instituciones a compartir información personal, dado el riesgo de que información de carácter personal sea filtrada y en relación con asuntos de consentimiento, lo que acarrearía posibles sanciones administrativas y penales. La falta de un marco normativo claro para los procesos de gestión de datos personales dificulta esas tareas.

“ Lo otro que también ha tenido dificultad es en compartir los datos, creo que existe una gran celo, creo que con MIDIS, el ministerio de salud compartir datos netamente de una persona, o identificar en qué estado se encuentra y ya no poder ofrecer, es decir el ministerio de salud ya tiene identificados los niños menores que se encuentran en situación crónica o anemia a veces esa parte no la considera el MIDIS o viceversa, si MIDIS tiene identificado a ciertas personas que requieren de atención con una alerta adecuada no tiene información, ya que es confidencial porque el usuario dio con todo su consentimiento solamente a MIDIS yo creo que si la persona desde su consentimiento para que el estado y entiéndase todo de saber esa información y se monitoree yo creo que esa información debe estar en todos los establecimientos del estado porque en todos vamos a articular y vamos a sincerar de la forma adecuada y así de esta manera MIDIS se pueda integrar con todos los sectores adyacentes ”

- (SIS-3)

Por último, se ha identificado un caso donde un actor de PAÍS levanta la alerta de actores sociales que no cumplían adecuadamente sus tareas de realizar las llamadas telefónicas. Ello levanta la necesidad de tener sistemas de control del trabajo de los actores sociales –basado en los gobiernos locales, y lo más automatizados posible para evitar el desperdicio de recursos humanos-. La experiencia del sector privado puede dar luces de cómo se realiza el control de centrales telefónicas, grabación automática aleatorizada de llamadas telefónicas; indicadores de productividad, etc.

“Había promotoras que no llamaban, no realizaban el paquete completo, y reportaban que sí se las había dado, por eso estaba también el seguimiento que se les hacía a través del coordinador de la Municipalidad. Entonces, es posible, eso es muy bueno, pero hay que hacerle seguimiento. No podemos darle un presupuesto sin tener un seguimiento continuo, porque hay promotoras y eso lo he identificado, hay promotoras que no llaman y reportan como llamado y cuando les pides información, no saben cómo darte, no saben a quienes se ha llamado, etc.”

- (PAÍS, Lima-1)

5.4 Articulación y roles

5.4.1. Articulación intersectorial e intergubernamental

Año 2020

En el inicio de la implementación de la Red, se identifica que cada sector asumió el rol que le correspondía según sus competencias legales y funcionales. Así, por ejemplo, el MINSa asumió las tareas relativas a la filiación al SIS, vacunación y atención de casos por la COVID-19. El MIMP fue convocado para atender temas vinculados a situaciones de abandono o violencia de los usuarios de la red. Tal vez el punto más importante hay que destacar es que se lograba la respuesta a las alertas y resolver situaciones diversas que fueron surgiendo:

“En cuanto al SIS no hubo inconveniente los pocos casos que quedaban para afiliación, se trabajaron de manera eficiente, el SIS tiene un esquema más amigable para afiliarse, cualquier persona podría afiliarse, el SIS tiene una app [aplicación para celulares] que permite afiliarse a cualquier persona de manera directa sin necesidad de contactarse directamente con ellos”

- (Actor Social, Lima-1)

“El rol que nos compete a nosotros es (...) contribuir en la articulación territorial que era uno de los puntos claves del Ministerio de Inclusión Social y el sistema de información que se creó, el aplicativo y todas las bases de datos que se manejó con el MIDIS. En el caso del MIMP, era todo el tema de la identificación de vulnerabilidades para generar asistencia para esas personas cuando sea necesario”

- (MINSa-1)

La articulación intersectorial se dio en dos niveles distintos. En el nivel nacional, en términos de coordinación y gestión; y en el territorio, a cargo de los representantes de cada sector en el territorio, cada uno desde su rol y en coordinación con el gobierno local. En cuanto al primer caso, la coordinación se expresa en constantes reuniones de diseño, ajuste y monitoreo de la situación.

“A mí me tocó acompañar reuniones a las 10 de la noche que terminaban a medianoche. Me tocó ver lo que ocurría en los territorios cuando los recursos no estaban, y los propios monitores se transformaban en una suerte de voluntariado social (...). Pude observar, por ejemplo, cómo el Ministerio de Salud hacía carne algo que todos sabemos, que un sistema de salud sin una Red Primaria de Atención Comunitaria no funciona”

- (SIS-1)

“En las reuniones que teníamos, se reportaron incidencias de casos muy específicos que necesitaba la gestión de todos los involucrados a nivel nacional y, por otro lado, también se le da a la estadística, por ejemplo, MINSa, tú tienes 10% de identificados, todavía no las ha derivado, entonces, esos números permitían que ellos vayan haciendo el seguimiento nominal de las atenciones. Es el primer año que pudimos garantizar atención porque les transferimos recursos del MINSa al MIMP y a los gobiernos también, para las DIRESA”

- (MIDIS-3)

En cuanto al segundo caso, la articulación en el territorio se da a través de los puntos focales de los sectores, quienes articulaban con los Gobiernos Locales. Cabe precisar que este esquema de funcionamiento no es nuevo, sino que se sostiene de experiencias de articulación previamente desarrolladas, como es el caso de la Meta 4 del Plan de Incentivos Municipales. La lógica de articulación previamente desarrollada, dirigida desde el nivel nacional, habría facilitado el rápido funcionamiento de la Red Amachay en el territorio.

“Todo se construyó sobre la marcha y creo que todo salió bien, el modelo previo es el de Meta 4 Programa de incentivos municipales... transferencia de recursos del gobierno local para la acción comunitaria en este caso de la anemia”

- (MINSa-1)

“... ya venía trabajándose (la articulación). Se ha logrado avanzar bastante, pero en esta estrategia se incluyen actividades que ya se venían juntando, pero de manera un poco más suelta, como por ejemplo este monitoreo diario o también en el mes de enero o febrero, nosotros trabajamos los padrones de los residentes de los CEAPAM y también ese fue un trabajo muy intenso porque había que coordinar con cada responsable de cada uno de los CEAPAM, que nos entreguen los padrones y actualizados, de acuerdo a la trama que nos pide MINSa”

- (MIMP-1)

Un aspecto positivo, que parece ser una condición necesaria para que el proceso de articulación haya funcionado, es el hecho de que los distintos sectores tenían interés concreto en atender esas poblaciones desde su sector. En este sentido, la Red Amachay se constituye en un canal donde distintos actores encuentran espacio para impulsar sus propios objetivos sectoriales. El caso de la Dirección de Promoción de la Salud del MINSa sobresale, donde su estrategia de atención al adulto mayor rompe la barrera de acceso con la que se encontraban.

“La experiencia en la red ha sido muy importante territorialmente hablando para la Dirección de Promoción de la salud es una estrategia bastante importante y sobre todo porque estamos en el marco del desarrollo de un modelo de cuidado integral por curso de vida”

- (MINSÁ-3)

“Nosotros tenemos un paquete de atención integral al adulto mayor bastante interesante para su aplicación. El proceso donde quizás no estemos muy finos es en el acceso a ese paquete. En como logramos que la población acceda y acepte aplicar el paquete integral. Muchas veces es un tema, pensamos, de desconocimiento; en otros es un tema de tiempos; en otros es un tema cultural, llamándole "cultural" en el hecho de que prefieren ir una sola vez, no repetir dos o tres veces (...) Entonces, el tema de acceso es una complicación que sí es importante también hacer ese análisis situacional, que nosotros nos interesan mucho que se pueda ir aplicando no solamente desde el sector, sino que se articule con el gobierno local, para que él también como autoridad territorial tenga en cuenta que necesidades de salud se presentan en su territorio”

- (MINSÁ-3)

5.4.2. Diferencias entre año 2020 y 2021

Existe una diferencia importante entre los años 2020 y 2021 en cuánto a la articulación en ambos niveles mencionados. El primer año, la articulación intersectorial fue más eficiente y rápida debido, principalmente, a la asignación de un mayor presupuesto asignado a los distintos sectores. Esto permitía que se contrataran gestores locales quienes facilitaban la articulación entre las municipalidades y las instituciones para resolver las alertas generadas. Para el segundo año este presupuesto se contrajo y no se contrataron gestores, sino que se nombraron puntos focales a personas que ya tenían un cargo o responsabilidades en aquellas instituciones, lo cual ralentizó el proceso de atención al usuario dado que se suman actividades y responsabilidades sobre otras ya existentes.

“La comunicación entre el gobierno local y Essalud, o el gobierno local con el Ministerio de la Mujer, del Gobierno local o con Diresa [sector salud en Gobierno Regional], ese flujo directo que nosotros antes teníamos solo con los coordinadores de ellos, antes teníamos un nombre y apellido para acudir, y esa persona se hacía responsable sí o sí que la atención sea eficaz. Ahora, al no haber presupuesto en cada Ministerio para pagar a esas personas, nosotros teníamos que cambiar un poco el flujo, y encontrar a una persona que quiera ser responsable en esos puntos”

- (Coordinador, Ucayali-1)

De otro lado, también la existencia de financiamiento es un claro facilitador de la articulación, que decae de forma significativa entre los años 2020 y 2021. Ello ocurre en tres formas distintas e interconectadas. Por un lado, no hay la contratación de personas ad hoc en los sectores para que lleven a cabo tareas de coordinación; adicionalmente, se ralentiza la canalización de alertas debido a la falta de personal; lo que conduce, finalmente, a una ausencia de obligatoriedad de las acciones de coordinación de parte de ciertas instituciones.

“... el 2020 como había financiamiento lo único que había que hacer, era decirle al señor del MINSÁ, como era personal pagado, decirle oye tengo 20 alertas, atiéndelo, ya verás cómo lo canalizas, porque finalmente es tu sector, lo mismo el MIMP”

- (PAIS-1)

“El MIDIS ha convocado a los representantes de ESSALUD, MINSÁ, SIS; también al MIMP; pero el MIMP no participó porque no recibía plata y por ende no iba a participar”

- (PAIS-1)

“Si bien en el 2020 teníamos la participación del ministerio de la mujer, para el 2021 ya no participaron de manera tan activa ya que el diseño no previó el presupuesto para la participación y contratación de nuevo personal”

- (MIMP, La Libertad-1)

5.4.3. Coordinación con sector salud

Al menos dos actores – Bicentenario y SIS– identifican una mejor comunicación entre los sectores (MIDIS como coordinador de la Red Amachay, MINSÁ, SIS y Bicentenario) en el año 2021 especialmente de cara a dar solución los casos que requerían de intervenciones del sector salud. El binomio MINSÁ-SIS parece ser crítico para que la prestación de servicios se dé de forma oportuna y eficaz.

“En el 2020 si bien había una identificación, por parte de los promotores, de las personas con factores de riesgo... no había mucha esta interconexión con el sistema de salud; con nosotros en el año 2021 se afianzo más la interconexión con el Ministerio de salud, conversando tanto con Telesalud, con los mismos órganos internos del MINSÁ, y nosotros como mediadores en ese punto para lograr el nexo entre ellos, porque finalmente somos nosotros como SIS los financiadores, para impulsar un poco a MINSÁ que el SIS va a financiar todas las prestaciones que se estén dando finalmente, dando un poco la sostenibilidad y dando mayor empuje al programa de AMACHAY... como también hemos sido la parte que hemos ayudado a la integración y al alcance tanto con MIDIS como con el gobierno regional, y ciertas municipalidades para que realmente pueda haber este empalme realmente con lo que es el MIDIS”

- (SIS-1)

“... muchas veces, recuerdo que había casos y decía: mira tengo alguien que hay que buscar ambulancia porque estaba a punto de fallecer, por decirte algo, entonces esa articulación fue muy engorrosa a veces, había que llamar a la persona, porque necesitaba llamar a las personas, porque esos canales de comunicación lo hicimos a través del WhatsApp, no era que estaba creada una estructura, vamos a decir una malla ya elaborada, no, fue sobre la marcha, y fue fortaleciéndose sobre la marcha”

- (BICENTENARIO-1)

En el otro extremo aparece el caso de ESSALUD como un ejemplo de falta de articulación intergubernamental y territorial. La información recogida en las entrevistas al propio equipo de ESSALUD da cuenta de que realizaron acciones de forma paralela a la Red Amachay, haciendo uso de la plataforma que ya tienen del PADOMI. Según lo que se observa, la articulación era meramente en el nivel de información, donde se reportaban acciones realizadas. Diversos actores dan cuenta de ello como, por ejemplo, en Amazonas y en Arequipa.

“ Yo estuve en una reunión en el MIDIS. En realidad, solo fui a una reunión nada más y nos manifestaron que teníamos que hacer un seguimiento a los adultos mayores y a las personas con discapacidad. Primero nos pidieron una data de los adultos mayores a nivel nacional y de las personas con discapacidad... les proporcionamos la data a nivel nacional que les brindó aseguramiento al MIDIS, y también brindamos la data de adultos mayores que estaban en PADOMI en ese tiempo. En el caso de personas con discapacidad, también se le brindó la data. Independientemente de eso, nosotros empezamos a hacer el seguimiento de una manera más sistematizada. El seguimiento no solamente era llamarlos y saber que tienen tal cosa, sino se les hacía intervenciones y ahí había consejería social, consejería emocional, el mismo hecho del acompañamiento. Todo eso se registraba. Las responsables de los CAM lo hacían y registraba. Esa información se brindaba al MIDIS. Lo hemos enviado cada semana.

En realidad, todo era en ESSALUD. Lo que nosotros hacíamos era enviar toda esta data de información a la red, yo se la enviaba [Director General de Seguimiento y Evaluación en el MIDIS].

Todas las semanas reportábamos lo que hacíamos, pero utilizábamos nuestras propias herramientas. Creamos nuestra forma de trabajo. Entiendo que en AMACHAY también se hacía su trabajo aparte porque sé que en algunos casos coincidían las llamadas de nosotros y las de ellos ”

- (ESSALUD)

“ El seguimiento a los usuarios si lo hacía, si el usuario tenía Essalud, ese seguimiento lo hacía Essalud, mientras que, en el caso de aquellos con SIS, o sin seguro ese seguimiento era la red que hacía el seguimiento ”

- (PAIS, Arequipa-1)

“ ¿Qué aspectos? bueno como de repente, deberían aumentar más sectores, a veces en las reuniones de repente solo asistía yo como parte del MINSA, pero también había adultos mayores que eran parte de ESSALUD y de verdad yo nunca he visto a alguien de ESSALUD ir a las reuniones que yo tenía, que yo tenía con ellos, no asistían los de ESSALUD ”

- (GL, Amazonas-1)

5.4.4. Gestión territorial y descentralizada

La articulación entre niveles de Gobierno se realizó para la implementación de servicios asociados o canalizados por la Red. La gestión territorial de la Red se concretiza en tres diferentes dimensiones: alude no sólo a la organización y flujo de la información; también a la identificación los servicios existentes en cada territorio y que los usuarios sepan a dónde dirigirse; y también a los actores presentes en el mismo, ya sea de la esfera estatal como en la no estatal (desde ONGs, comedores populares o clubes vecinales, entre otros). Esta es una idea importante de destacar, para avanzar en una definición de lo que implica la territorialidad, concepto que es ajeno al sentido común y la vida cotidiana, pero que cobra relevancia desde la óptica del servicio accesible a las personas:

“ Entonces la territorialidad no solamente era la división de la data sino también en cómo sectorizabas las instancias a las cuales pudieras acudir si estabas teniendo un caso extremo, o sea estabas mal y estabas necesitando oxígeno, en ese momento cuando estabas haciendo la llamada, a quién podías dirigirte ”

- (BICENTENARIO-1)

Con respecto a los aspectos que facilitan o limitan este proceso, tal como se indicó en el análisis de la articulación intersectorial, también en la gestión territorial son dos aspectos los que se relacionan al funcionamiento de la red a nivel territorial: el financiamiento disponible – tema que fue mencionado extensivamente por todos los entrevistados al ser preguntados por las diferencias entre el año 2020 y el año 2021, éste último con una disponibilidad presupuestal muy reducida- y la experiencia previa de articulación que viene de otros programas. El financiamiento gestionado desde nivel nacional se valora en la medida que permite, a todos los gobiernos locales, contar con recursos para hacer el trabajo, especialmente por ser una situación de emergencia; la experiencia porque facilita el asumir los roles con mayor rapidez. Las entrevistas dan cuenta que, sin financiamiento, es menos probable continuar con esta función de seguimiento a personas vulnerables, que es absolutamente necesaria; sólo aquellos gobiernos locales que cuenten con recursos y voluntad política continúan, lo que configura una situación de desigualdad.

“ ... yo creo que viene con el diseño y con el financiamiento. Es el que activa la respuesta local y la respuesta del gobierno regional, porque el financiamiento ha sido un elemento clave en la red AMACHAY porque estamos hablando, si no recuerdo mal, cerca de 80 o 90 millones de soles en total de la implementación un poquito más, en lo cual la enorme mayoría se transfirió a los gobiernos locales para el seguimiento comunitario y a las diversas para la contratación de personal de vacunación, pero también de gestión territorial (...) Yo creo que por el poder ejecutivo nacional viene eso y viene el diseño, mientras que por el Gobierno regional viene la ejecución y la prestación, y por el gobierno local la relación comunitaria ”

- (MINS-1)

“ (la Red) continuidad a la gestión territorial que de antes venía por otros temas como la anemia u otros, en donde ESSALUD siempre ha tenido un rol digamos importante en los territorios; sobre esto y sobre también lo que MIDIS ha venido haciendo en el tema territorial, se suma, se monta a la red AMACHAY para generar allí un esquema nuevo ¿no? que necesitaba la situación de emergencia. La gestión territorial se da en ese esquema en una continuidad de lo que también ya se ha venido viendo, se ha venido dando, ¿no? ”

- (MINS-1)

Otro aspecto que aparece como importante es la percepción-no ajena a la realidad- que se trata de una estrategia que viene lista desde nivel nacional y a la entidad local sólo le toca implementar. Este hecho puede ser un factor favorable o una limitación. Lo primero está asociado a la existencia de recursos, así como al efecto vinculante que tiene, al ser una disposición nacional, de un país donde la cultura normativa es muy importante. Pero también puede ser un factor limitante si sólo

se hace porque es una orden y hay recursos asignados que se deben usar sólo para ese fin, ello no necesariamente facilita la apropiación y comprensión de la estrategia y su finalidad, por lo que se requiere siempre un trabajo de información, socialización, sensibilización, para pensar en una perspectiva de sostenibilidad.

“ U: ¿Han participado en el diseño de la red, o en todo caso han participado en ajustes a la red?

E: No, no hemos participado porque la red ya venía implementada, la política dentro del marco de la ley, en el principio creo que era O20 y ha cambiado ahora es O17, entonces, dentro de ese marco, ya como se tenía que implementar, incluso estaba su reglamentación. Nosotros no hemos participado, todo ha sido implementado por MIDIS o por..., por MIM, creo, no recuerdo. Entonces, nosotros lo que hemos dado es el direccionamiento a la implementación ”

- (GL, Ayacucho-1)

“ U: ¿Han participado ustedes, en su momento, del diseño de la Red o algún ajuste de la Red?

E: Claro, claro, por supuesto; porque siempre nosotros hacíamos un balance mensual, semestral y anual. Claro, donde todas las instituciones teníamos que informar sobre el trabajo que veníamos realizando nosotros como Red

- (GL, Ayacucho-2)

También es un factor positivo la constante articulación para efectos de capacitar e informar, cabe precisar que no todos los actores lo perciben, pero otros sí, posiblemente los que han estado mucho más cerca:

“ La articulación la hicimos mediante reuniones coordinadas con tele salud, gobiernos regionales y con las municipalidades donde a través de nosotros con los convenios marco que tenemos con los gobiernos regionales, se coordinó con ellos las reuniones de capacitación y se presentó a ellos el programa del modelo de AMACHAY y a través de MIDIS se presentó ya como iba a trabajar como esperábamos ... como equipo, frente a la propuesta iniciada, y ahí hubo reuniones internas de cómo iba a ser el comportamiento, y se lanzó un piloto para evidenciar el funcionamiento con ellos ”

- (SIS-1)

Encontramos registros donde se hizo uso de la Instancia de Articulación Local de la Meta 4 (Prevención de Anemia y Desnutrición) para las coordinaciones de la Red Amachay, en las regiones de Amazonas, Tacna y Ayacucho.

“ Si, teníamos flujos de trabajo que habíamos armado nosotros como sector salud para la articulación y es más teníamos reuniones de manera semanal, quincenal dependiendo del tipo de articulación que se hacía, y hacía por el tema de la IAL de que las reuniones con la IAL eran este... ”

- (MINSA, Amazonas-1)

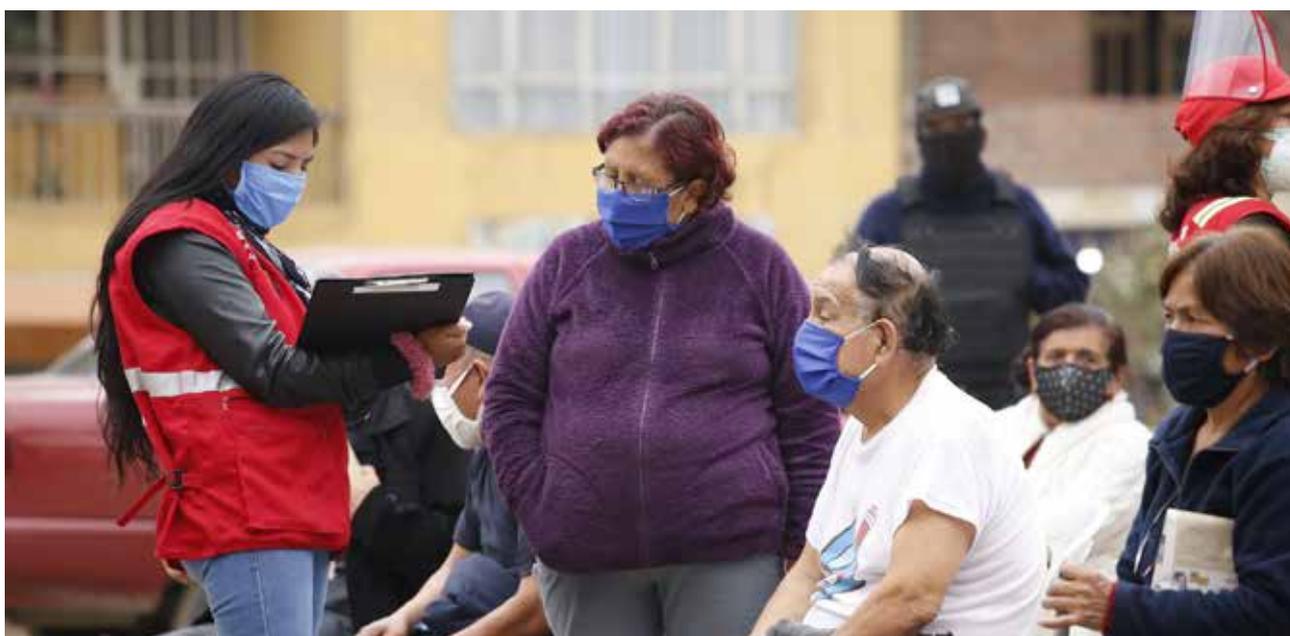
“ Había una IAL donde nosotros llevamos una reunión mensual con los centros de salud que tenemos en el distrito ya sea Cono Norte, Ciudad Nueva, con ellos ”

- (GL, Tacna-1)

“ Nosotros coordinábamos directamente, por ejemplo, con el Centro de Emergencia Mujer, coordinábamos con el MIDIS, el señor Walter si mal no me equivoco, no recuerdo su apellido, nos apoyaba. Con los centros de salud, y para ello estábamos dentro de la IAL, ¿no? que tiene la municipalidad provincial de Huamanga ”

- (GL, Ayacucho-2)

Por otro lado, encontramos también un caso de reuniones que se dan entre los diversos actores sociales para coordinaciones generales, donde la Red Amachay es uno más de los temas a ser tratados.



“Había reuniones mensuales o más a veces, venía el representante de lo que es el centro de emergencia, de la prevención de emergencia, del CEM, Centro de Emergencias Mujer, creo que es así; también estaban de otros programas como la Pensión 65. Lo que pasa es que acá también tenemos reuniones a nivel general, no específicamente se trata de la Red Amachay o si no en general, multisectorial, siempre vienen varios sectores; pero no era en específicamente para la Red Amachay, la Red Amachay también formaba parte de estas reuniones. Pero, lo que era específicamente de la Red Amachay era solamente eso, lo que es MINSA, MIDIS, lo que es el Centro de Emergencia, el gobierno local y Pensión 65, que últimamente ha estado”

- (GL, Amazonas-1)

El tema de las coordinaciones intra e inter-instituciones no estuvo, en general, sujeto a procesos habituales de burocracia administrativa, tales como el llenado de solicitudes, informes y reportes. Solo encontramos un ejemplo negativo registrado en Tacna, donde se da cuenta que el CEM solicitaba trámites escritos para acceso a la información y para las coordinaciones.

“Se hacían las coordinaciones a veces con el centro de salud, o el CEM de la mujer, que nos pidió que tuviéramos que comunicarnos con ellos mediante un oficio, un poquito incómodo, porque digamos que, en el caso de maltrato a la mujer, el CEM quería que le demos el documento, un oficio, pero si vemos en un domicilio que están peleando, o al adulto mayor le están pegando, hasta que se envíe el documento, el oficio, ¿cuándo lo va a atender? Eso es como que teníamos un poquito de molestia nosotros, y eso se coordinó y se hizo que ya no sea así, que se puede regularizar, porque a veces eso ocurre en un momento, nosotros como municipalidad, hasta que enviamos el oficio demora, uno está en su domicilio y ve, o las llamadas que hacen los actores sociales nos comunican y hasta presentar el documento, es un proceso largo”

- (GL, Tacna-1)

Destacamos dos casos donde la información recogida permite un análisis territorial. En primer lugar, en Lima, observamos que la falta de descentralización del sector Salud produce una mayor dificultad en la coordinación entre el MIDIS y la Diresa. La situación evolucionó positivamente con el paso del tiempo.

“Pero en el 2020, como te comento, era un poco desordenado porque se empezó por Promoción de la Salud, pero Promoción de la Salud digamos que no tiene injerencias sobre las otras estrategias sanitarias; por eso cuando nos pidieron actividades, nosotros solicitamos participar como estrategias porque cada estrategia es un mundo, cada estrategia sanitaria es un mundo, entonces, el enfoque de cada uno era importante” (MINSA-Lima-1). “En un primer momento MIDIS coordinaba con la municipalidad y MIDIS nos llamaba, y fue un poco desordenado al inicio porque nos llamaban directamente los pacientes, a nosotros como punto focal; y por eso es que en el 2021 fue un poquito más ordenado, no había comunicación directa con los usuarios o pacientes, si no que nosotros organizábamos las atenciones a través de las alertas”

- (MINSA, Lima-1)

Un caso que ejemplifica la complejidad de la gestión territorial se dio en Puno. Por un lado, en el año 2020 ocurrió una articulación con diversas instituciones del sector salud, ya sea vía la Diresa, así como directamente con el Hospital, SIS y ESSALUD. Asimismo, se dan coordinaciones con otras instituciones y áreas tales como Policía, MIMP y entidades privadas.

“E: Bueno nosotros hemos articulado primeramente con el hospital, con todas las redes de Essalud, después hemos articulado con el CEM, para casos de violencia de adultos mayores, y de abandono de adultos mayores, y luego con el SIS para el aseguramiento de los adultos mayores, luego también con la policía de familia, pero eso se ha hecho la articulación a través del Dr. [...], quien en ese entonces tuvo encargado del MIMP, también se ha trabajado con la clínica americana, que es particular y también hemos trabajado...con ellos hemos permanecido particularmente hasta el mes de diciembre”

- (GL, Puno-1)

Ya en el año 2021, la falta de personal dedicado a la coordinación comienza a traer dificultades en la articulación con el sector salud, especialmente con el Hospital Regional.

“En cambio, el segundo año del año pasado, como ya no había una responsable, una coordinadora sectorial de salud, prácticamente el hospital es así, no todos te brindan apoyo, hay que estar pasando documentos, hay que estar yendo a exigir, y recién se articulan ellos, a pesar que nosotros hemos levantado un acta para que se articulen todas las instituciones, tal como decía la norma del decreto de urgencia, pero, sin embargo, lamentablemente de repente por la carga laboral, que se yo, siempre las instituciones pretenden trabajar muy aisladamente, ese es el caso que tenemos”

- (GL, Puno-1)

Inclusive dentro de la Municipalidad pueden aparecer dificultades de articulación y alineamiento, como se dio en el caso de la OMAPED, como es relatado a continuación.

“Primeramente, se ha incluido mediante una resolución, como usted comprenderá siempre el encargado de presidir esta red de soporte, era el señor alcalde, entonces después nos eligieron a nosotros como responsables, titular de la red de soporte mi persona, y también el responsable de Omaped (...) pero prácticamente Omaped no quiso saber nada con la red de soporte, así que hemos trabajado solos a partir de junio, hemos trabajado solamente CIAM, nuestros actores sociales, nuestra coordinadora sectorial y las demás instituciones que sí se han involucrado, pero Omaped no, no ha cumplido como debe ser sus funciones”

- (GL, Puno-1)

5.4.5. Rol del Gobierno Regional

El Rol del Gobierno Regional en la Red fue relevante en la medida de que la responsabilidad de la entrega de los servicios públicos de Salud se encuentra bajo su ámbito. Es así que las DIRESAs, Redes de Salud y centros de salud fueron esenciales en la prevención, identificación y tratamiento de la COVID-19.

“ Bueno, el gobierno regional a través de sus pliegos que especialmente el pliego más importante era la Gerencia Regional de Salud, el rol que tenía, el rol que cumplió fue el brindar la atención a las personas, adultos mayores, personas de alto riesgo y personas con discapacidad severa a través de los establecimientos de salud ”

- (GR, Lambayeque-1)

“ Sin embargo, la gran mayoría de los entrevistados, tanto del nivel regional como del nivel local, concuerdan en afirmar que los gobiernos regionales no han tenido un rol más allá del realizado por su sector Salud.

U: ¿Existe una articulación con el gobierno regional para las tareas de identificación, de seguimiento, etc?

E: No, con el gobierno regional, no. No que yo sepa, cada quien trabajaba acá en su esto, en su sector, en el inicio, cuando todo partía pues del gobierno regional, porque ahí teníamos el compromiso de la Región Salud, teníamos el compromiso del Centro de Emergencia, pero una vez que, esto fue en el año 2020, si no me equivoco, en el año 2021 quedó..., cada uno quedó..., algunos quería, el que quería continuaba, el que tenía siquiera un presupuesto, algunos no han continuado, porque me parece que de acá solo ha continuado la Municipalidad de Pocollay, y no sé qué otra Municipalidad más, que no son más ”

- (Coordinador, Tacna-1)

“ E: yo creo que, sabes que, por ejemplo la red no ha identificado un actor específico del gobierno regional así como tenemos en el gobierno local el responsable, la red debería identificar a nivel regional el responsable de la articulación, en el gobierno regional es amplio ,ellos tienen todas las áreas, de repente que se nombre un coordinador o responsable para que sea el puente que ayude en la articulación, eso básicamente y en el ministerio de la mujer que ellos nos reciban un presupuesto específico no es justificación para que no intervengan directamente en la red ”

- (MIMP, La Libertad-1)

Ello es también confirmado por un entrevistado en el Gobierno Regional de Piura, donde señala la poca atención al tema de adulto mayor y personas con discapacidad, en comparación a otras áreas sociales como infancia.

“ En verdad el gobierno regional, como tal, no ha tenido mayor incidencia, o en todo caso, su trabajo ha sido, o la presencia del gobierno regional ha sido a través de la Dirección Regional de Salud de Piura ... Nosotros tuvimos con el gobierno regional un par de reuniones -me refiero a una en el 2020 y otra en 2021-, donde se le hizo una propuesta de crear un suerte de sistema regional de atención al adulto mayor y la persona con discapacidad, esto, digamos, viendo el ejemplo de sistema regional de la primera infancia y el gobierno regional Piura tiene implementado desde el año 2011, aproximadamente, entonces, se le demostró la importancia de que las diferentes entidades, incluidas por ejemplo, la policía Nacional, la Fiscalía y todas las instituciones que componían la Red, estén debidamente articuladas para brindar una atención oportuna y de calidad al adulto mayor, pero todo eso quedó en propuesta, no se implementó nada en realidad ”

- (GR, Piura-1)

Hemos registrado dos casos donde se mencionan el rol de monitoreo y seguimiento por parte del Gobierno Regional hacia el equipo de la Red, en Puno y en La Libertad.

“ Bueno con el Gobierno Regional anteriormente teníamos un coordinador regional, que era del Programa País, nos hacía un seguimiento de lo que es las llamadas, el seguimiento nominal de lo que es el porcentaje de lo que estamos llamando, el llenado de fichas, aparte también el seguimiento del presupuesto gastado todos los meses ”

- (Coordinador, Puno-1)

En el caso de La Libertad se hace mención del Consejo Regional para la Persona Adulta Mayor-COREPAN- donde se da el espacio de rendición de cuentas de la Red.

“ Nos reuníamos continuamente, hemos expuesto el plan, los logros como Red Amachay, no hemos reunido básicamente con la gerencia regional de desarrollo social porque ellos asumen básicamente la secretaria técnica del COREPAN, es fundamental llevar a ese nivel la red porque sumamos el esfuerzo del gobierno regional suma ”

- (MIMP, La Libertad-1)

Además, se encontró también un aspecto negativo respecto a la articulación con este nivel de Gobierno. Esto es, la falta de interés y de responsabilidad que tiene dicho ente debido a que la Red se implementa y se evalúa de manera esencialmente de manera local, por lo que el nivel de gobierno regional solo se dedica a realizar un seguimiento superficial a los gobiernos locales, sin rol en la implementación de servicios:

“ El gobierno regional es un ente regulador, con ellos no se coordina casi nada ”

- (Coordinador, Ucayali-1)



5.4.6. Rol del Gobierno Local

En contraste con el caso anterior, todos los entrevistados identifican el rol del Gobierno Local en la Red como cardinal tanto por el diseño de esta, así como en el éxito de la implementación de la Red. Entre sus tareas, la Municipalidad se encargó de la contratación y pago de los actores sociales y de realizar todas las coordinaciones para asistir a sus usuarios tanto en la entrega del paquete de servicios como en la vacunación contra la influenza y la COVID mediante los actores sociales:

“Ahorita [diciembre 2021] con la red estamos prácticamente agarrando un 100% [de la responsabilidad de la implementación de la Red] ya que no hay un presupuesto que venga directamente del MIDIS, la Municipalidad está cubriendo al 100% del pago de los actores sociales que son 4 y el coordinador que soy yo, y también el tema de los alimentos, el tema de gestionar las alertas con los puestos de salud, con Essalud, estamos siguiendo con el trabajo”
- (Coordinador, Ucayali-1)

“Pero había veces, donde la Municipalidad, más que todo para el tema de las vacunas, cuando había campaña de vacunas contra el neumococo o la influenza, ahí sí, la Municipalidad nos movilizaba”
- (Actor Social, Tacna-1)

A lo largo de las entrevistas realizadas encontramos de forma constante menciones al CIAM y la OMAPED, como las dos áreas que tienen un rol protagónico en la Red.

“Siempre se deriva con quienes trabajamos directo para el área de programas sociales, trabajamos directamente con ellos, entonces si es una persona con discapacidad severa se manda alguna documentación al área de OMAPED y si es adulto mayor con el área de CIAM, dependiendo sea el caso que se requiera, si es alguna enfermedad, bueno si es COVID, directamente se contacta al Call Center, para que la alerta sea atendida inmediatamente, y si es caso supongamos de alimentación, se tiene que ver si la persona en el nivel socioeconómico que tiene ahí entra a una evaluación para ver que si realmente necesita o es una falsa alerta”
- (GL, Lima-1)

“Entonces, hay es cuando se empieza dentro de cada gobierno local a convocar a otros actores del gobierno local vinculados a la población del CIAM. Entonces, en algunos gobiernos locales ha sido más sencillo porque el CIAM ya ha tenido rol claro, un rol de liderazgo y ha sido más sencillo en ese sentido (...) En otros casos, como comento, no necesariamente el CIAM tenía un liderazgo, es algo que en emergencia sanitaria no había ya más que hacer, porque te comento, recién han estado organizándose también. Pero en el camino, ya al día de hoy, la gran mayoría asume, encuentra una ruta en Amachay”
- (PAIS-2)

Son los Gobiernos Locales que funcionan con articuladores de las demás organizaciones en el territorio. Las diferentes entrevistas han dado cuenta de forma no extensiva de las distintas coordinaciones realizadas. Habitualmente, se registra que las coordinaciones se dan en dos sentidos: para solicitar ayudas específicas para los usuarios de la Red (denuncias, alimentos, cobros de pensiones) y para recibir información de potenciales usuarios que estén pasando por dificultades en ese

momento. Fueron mencionadas en las siguientes: CIAM, OMAPED, CEM, Qali Warma, Pensión 65, Defensa Civil, la Policía Nacional del Perú y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Essalud y otras organizaciones privadas que colaboraron principalmente con la entrega de alimentos (por ejemplo, comedores populares, la Cámara de Comercio, Rotary Club, Club de Leones, ONG Prisma, entre muchas otros).

5.4.7. Programa País

El Programa País tuvo un rol importante tanto en el año 2020 y 2021 como el operador de la Red por parte del MIDIS en el territorio. La definición de su rol se debió a sus características y condiciones (equipo e infraestructura en múltiples distritos del país). Se debió también a la capacidad operativa y el liderazgo que había en ese momento en el mismo.

El rol articulador de País viene de la ventaja de ser parte del Gobierno Nacional, y a la vez estar en el territorio, junto a la capacidad instalada de personal y a los recursos recibidos para las tareas de articulación.

“Más que todo tenía el rol articulador, por ejemplo, a nivel local se tiene que promover justamente el buen funcionamiento de la red, sentar al gobierno local, sentar al sector salud, sentar al ministerio de la mujer, justamente para ampliar un flujo de atención y poder atender a las necesidades de la población, y este trabajo de articulación se dio para que los municipios puedan responder, se implementó un sistema de seguimiento, inicialmente a través de los voluntarios del Bicentenario quienes hacían las llamadas e identificaban las alertas, y después ya se cedió a los actores sociales donde ellos tenían que hacer las gestiones de territorio, una sectorización de acuerdo a la población (...) Lo que ha hecho País es justamente articular para que la red funciones y darle la asistencia técnica, a los actores sociales para que ingresen al sistema, al sistema de seguimiento y tener un mejor control y de la misma forma también a los puntos focales, y estas necesidades cuando salían a nivel distrital se llevaban a nivel regional, porque a través de las gerencias de salud, ellos también puedan indicar los puestos de salud, también había necesidad por ejemplo en algunos casos de personal, para que también llegue presupuesto para la contratación del personal, y muchos distritos lo han llevado a cabo las instancias la articulación local”
- (PAIS, Arequipa-1)

“Lo que hicimos era con el respaldo de las sedes nacionales, visitar de manera ya territorial a la Diresa y a las redes de salud para coordinar el esquema de atención conjunto con el gobierno local y ahí se pudo designar responsables, quién iba a recibir los casos, en qué forma, cómo iba eso a traducirse a nivel interno, cómo nos iban a informar de la atención; para eso hubo reuniones, en algunos casos de manera interinstitucional, y en otros casos incluso se han usado plataformas como la instancia de articulación local, que es un mecanismo creado por la meta 4, que es la meta presupuestal que ve anemia, la estrategia anemia, tiene este elemento debe haber un mecanismo de articulación a nivel distrital, y bueno de ahí acordar las estrategias, las acciones que se desarrollan en el marco de la lucha contra la anemia”
- (PAIS-1)

La capacidad de País de extender su articulación se evidencia en el número de puntos focales identificados –580 personas en 3 meses a lo largo del país-, que permitieron la implementación de la gestión de alertas de salud de forma oportuna.

“ Nos demuestra que efectivamente en el caso de salud, el esfuerzo que hizo el programa PAIS en identificar puntos focales, en hacer incidencia para hacer que los roles se ejerzan desde las opciones que ya existían, generó una red de puntos focales. El programa PAIS logró identificar 580 puntos focales en un escenario de 3 meses, en un escenario completamente restrictivo. En el que teníamos un coordinador para atender toda una región, es decir: gestionar con gerencia de desarrollo social, con dirección regional de salud, con las instituciones vinculadas a adulto mayor o discapacidad, con cada uno de los gobiernos locales, desarrollando capacitaciones, asistencia técnica, monitoreo de todo el proceso. Entonces, con toda esa carga, además un montón de incidencia, que creo yo, se ve favorecida porque efectivamente existen actores en el territorio que desarrollan dichas funciones y que lo que había que hacer era ir alineándolas y dándoles un sentido a su trabajo orientado al resultado que Amachay perseguía. Donde solo tenían 580 puntos focales en salud y también en protección ”

- (PAIS-2)

El rol del Programa se vuelve más protagonista en el año 2021, donde pasa a hacerse cargo no solo del monitoreo y acompañamiento, sino de la gestión de alertas, dado que la falta de presupuesto hizo que las demás instituciones disminuyan su rol por falta de personal.

“(En el año 2021) el encargado del Programa País trataba de engatillar las relaciones con todos los responsables a nivel regional o territorial para que ellos se hagan cargo de las alertas. A diferencia de 2020, donde el responsable de gatillar las relaciones o las atenciones era el propio sector” (MIDIS-3).

Sin embargo, cabe indicar que la población objetivo del Programa País es la rural remota – habiendo heredado la focalización del Programa de Apoyo Rural que se centraban en poblaciones menores a 500 habitantes en zonas distantes de capitales provinciales-, por lo que la ubicación de su equipo y de su infraestructura, así como las características de su personal no necesariamente son las más adecuadas para llevar adelante el rol que han tenido de forma sostenida.

5.5 Beneficios

5.5.1. Conocimiento y uso de la Red

De las 11 personas entrevistadas, 9 reconocieron ser usuarios de la Red, mientras que 2 no lo hicieron. Del primer grupo, encontramos diferentes niveles de conocimiento, lo que se hará más explícito en la presente sección.

“ E: Sí, siempre he recibido, para que vaya a vacunarme, o eventos que estén habiendo de sensibilización o vacuna más que todo, contra la fiebre, todo tipo de vacunas he recibido de parte de la red Amachay.

U: ¿Cada cuánto tiempo lo llamaban con qué frecuencia?

E: Casi cada semana preguntando por mi estado de salud, todo lo que es la COVID-19, dándome recomendaciones correspondientes, para que tenga cuidado, para que no me resfríe, los consejos que siempre daban cada semana frecuentemente. De ahí bajaron cada 15 días y de ahí para la vacuna.

U: ¿Y actualmente lo llaman cada cuánto tiempo?

E: En este tiempo no he recibido ninguna llamada, creo que el año pasado entre octubre noviembre, mediados de setiembre, octubre no, ya no he recibido llamadas de Amachay ”

- (Beneficiario, Tacna-1)

“ U: Una pregunta señora, ¿qué sabe usted de la Red Amachay?

E: No... No sé.

U: Ya veo, ¿no reconoce el nombre entonces?

E: No.

U: ¿Tampoco ha recibido llamadas preguntando por la salud de su hermana y de su mamá?

E: Sí, si he recibido.

U: ¿Y quién le ha llamado, ¿cuándo le llamaron y con qué frecuencia?

E: Hace un mes, me ha llamado un señor también a preguntar, pregunto que cómo está y le digo, si, está bien, por el momento.

U: Ya veo, ¿y con qué frecuencia le han llamado?

E: Poco, no mucho.

U: O.K. Dígame, ¿le sirvió la llamada? ¿En qué le sirvió?

E: Me sirvió para que apunte su número y pueda llamar si pasa algo ”

- (Beneficiario, Arequipa-4)

“ U: Comprendo señora, y dígame usted recibe llamadas de parte de OMAPED [usuario confunde Amachay con OMAPED], ¿con qué frecuencia?

E: Si un joven me llama me han dado un carnecito de OMAPED, estoy muy agradecida

U: Sí, pero cada cuanto son las llamadas, la llaman frecuente, semanalmente ”

- (Beneficiario, Arequipa-2)

“ U: Queríamos saber si usted había recibido llamadas de parte de la red Amachay, ¿me dice que no ha recibido ninguna llamada?

E: No, no he recibido ninguna llamada ”

- (Beneficiario, Puno-1)

“ E: No jovencito, lo que es para adulto mayor, mi mamá no ha recibido, porque ella no sabe tampoco manejar celular, lo único que yo pude haber dejado es mi número. O sea, me llaman a mí para yo pasarle a ella celular, porque ella no sabe tampoco prender ni apagar, porque es una persona que no estudio, no termino primaria, no sabe leer ni escribir, es la verdad.

U: Entonces, ¿no ha recibido usted llamadas de este programa?

E: No jovencito, no sabía tampoco de eso ”

- (Beneficiario, Cajamarca-1)

5.5.2. Valoración de parte de los usuarios

La perspectiva de distintos usuarios refleja una valoración por la llamada telefónica en sí, entendida como un soporte emocional, y por los consejos recibidos.

Los usuarios de la Red dan un valor emocional a las llamadas telefónicas. Dentro de los entrevistados, el soporte emocional es lo más valorado, al punto de mostrar mucho agradecimiento en la llamada. El soporte emocional es entendido dentro del marco de dificultades de los usuarios debido a su deterioro de la salud mental, y la experiencia de soledad magnificada por el aislamiento físico. También valoraron el gran respeto y la amabilidad mostrada en las llamadas.

“ La que le llama a mi papá, la señorita, está muy pendiente de mi papá de cómo se encuentra, si están monitoreando del seguro si algo falta muy muy atenta y amorosa la señora o señorita que llama, para estar pendiente de mi padre.

U: Y ¿de qué le hablan de que conversan en las llamadas telefónicas?

E: De su salud el estado emocional psicológico.

U: ¿Le sirven a su papá estas llamadas?

E: Por su puesto porque como le digo la señorita que llama, hablo de la que llama, no sé el resto como será, es muy amorosa, atenta, respetuosa, le trata muy bien a mi papá; y mi papá cuando le llama se siente ‘súper’ ”

- (Beneficiario, Arequipa-3)

“ Encontré situaciones así, en las que no estaban con los hijos, no lo diría situación de abandono, pero si a veces se encontraban, solos los hijos trabajaban y, a través de esta llamadas, que los jóvenes, en este caso que los actores sociales realizaban, se pudo llegar más a ellos, es un..., el estado emocional de estas personas, el estado de vulnerabilidad, hace de que la comunicación, sea más efectiva para ellos porque es un caso de que se sienten acompañados, y que alguien se preocupe por ellos, a través de llamadas, yo creo que ha sido de la mayor satisfacción que han sentido ellos ”

- (Actor Social, Arequipa-1)

Finalmente, hubo dos casos en los que los usuarios de la Red manifestaron que no les sirvieron las llamadas. Sus problemas no fueron resueltos, explican:

“ E: ¿cree que le sirvió la llamada?; U: así como usted, de sacarme información y nada más (...) yo tenía pues una emergencia porque mi papá ya no podía caminar por su columna (...) le pedí que por favor me ayudaran con eso, para que mi papá pueda ser atendido y dijeron que iban a llamar y nunca me llamaron ”

- (Beneficiario, Cajamarca-2)

“ U: Y dígame a usted le sirvieron estas llamadas
E; No, porque yo siempre he estado bien, he estado haciendo mi tratamiento aparte, tengo mi SIS gratuito con eso me trato, no utilizo nada de Amachay ”

- (Beneficiario, Lima-1)

5.5.3. Alertas de COVID-19 y Salud

Desde el punto de vista de los usuarios de la Red, de las 11 personas entrevistadas solo una mencionó que se identificó un caso de riesgo por COVID:

“ [La] Red Amachay para mi casi, en una parte si me ayudo, llamo cuando me encontraba muy mal de salud, a santa Adriana me han referido, el doctor me ha llamado, de ahí he recibido atención, es lo único que he recibido de Amachay ”

- (Beneficiario, Arequipa-1)

Esto comenta una beneficiaria quien fue trasladada a un hospital para su tratamiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se observó que alguna persona haya manifestado que hayan identificado en ella un peligro o riesgo mediante las llamadas. Esto puede deberse a la reducida muestra de usuarios de la Red entrevistados.

Se ha encontrado, además, un caso de una alerta identificada como una emergencia de salud que fue atendida satisfactoriamente mediante la Red Amachay, como es narrado a continuación.

“ U: Sabe si la persona que la llamo haya identificado un riesgo, un peligro, algún problema para su hijo.

E: Sí, mi hijo hace meses se puso muy mal, le dio como hemorragia nasal, y se llamó a la persona encargada de Amachay, no recuerdo su nombre, ella rápido llamo a la señorita de la municipalidad, que está a cargo de ello, le dijo que lo lleven por emergencia, sino iban a mandar a Serenazgo, menos mal fue controlado, esa fue la preocupación de ahí me llamaban, como estaba su salud, como fue, era un domingo lo lleve por emergencia, lo curaron de su hemorragia, fue una venita me dijo el doctor, pero ya tuvo tratamiento ”

- (Beneficiario, Apurímac-2)

6. ANÁLISIS DE HALLAZGOS

En la presente sección se presenta el análisis de los hallazgos organizados como fortalezas, cuellos de botella-entendidos como las dificultades para que los procesos se desenvuelvan de manera eficaz-; nudos críticos-entendidos como problemas multicausales no previstos cuya solución contiene un grado elevado de complejidad debido a la necesidad de modificaciones que impliquen cambios normativos, organización, personal o recursos-; y, finalmente sostenibilidad –en sus diversas dimensiones, tales como presupuestal, recursos humanos, entre otros-.

6.1 Fortalezas

Los distintos entrevistados, en los diferentes niveles de gestión, identifican importantes fortalezas en la Red. El equipo investigador también identificó fortalezas, que pasamos a resumir organizadas en torno a los temas del estudio: diseño, articulación y roles, y procesos principales.

6.1.1. Diseño

Se reconocen dos aspectos centrales en el diseño de la Red, que son además los aspectos más claramente recordados por los distintos actores. Por un lado, fue una respuesta oportuna y eficaz de cara a la situación de emergencia que se avecinaba. Por otro lado, priorizó la atención a una población extremadamente vulnerable a la COVID-19. Dicha priorización tiene especial valor dado el vacío existente en las políticas e intervenciones de protección social hacia esas poblaciones.

“Llegó esta solicitud, comenzó la crisis de las personas que estaban pasándola bastante difícil, y desde la red AMACHAY hicimos trabajo con la gente del MINSA, pues nos activamos con los voluntarios, se necesitaba hacer procesos de seguimiento, se necesitaba hacer llamados para saber cómo estaban los adultos mayores, luego vino también lo de los bonos, informar acerca de los bonos y bajo esa premisa de la emergencia sanitaria...”

- (BICENTENARIO-1)

Se reconoce además que la Red se construyó sobre instituciones, y no en forma paralela a las acciones, responsabilidades y sistemas existentes a lo largo del Estado. Ello implicó, por un lado, utilizar experiencias pasadas exitosas, y por otro lado, el fomentar la integración de servicios, identificar nudos críticos o vacíos que impidieran el mejor flujo de información, servicios y presupuesto.

“De los mayores aciertos es la prueba fehaciente de que cuando se trabaja de manera unida y coordinada, se pueden alcanzar los objetivos, que lamentablemente lo aprendimos a través de una tragedia, que fue la pandemia... creo que, si lográramos seguir manteniendo esa línea de acción conjunta, serían muchas cosas las que se logren”

- (BICENTENARIO-1)

6.1.2. Articulación y roles

Esa articulación de instituciones, procesos y personas en torno a una tarea común se dio mediante la coordinación del trabajo entre los sectores. Ese es uno de los aspectos usualmente valorado en todas las entrevistas. Aunque también se indica que en otras áreas ya existían experiencias previas de coordinación, pero enfatiza que la situación de emergencia puso en mayor evidencia la necesidad e importancia del trabajo articulado. El modelo de articulación en conjunto es valorado y queda como no saber hacer que se puede continuar y replicar para resolver problemas que afectan a la población, particularmente a los más vulnerables y/o para atender emergencias.

“... una cosa es la parte de llegada que tiene el MIDIS y otra es, a través de nuestros asesores que teníamos a nivel nacional, empuje, actividades adicionales a nuestros sectoristas a nivel de SIS para que pongan el pie en apoyar en cualquier actividad, si ha sido una colaboración tanto como interconectores con MINSA, como también una disposición de nuestro equipo a colaborar con cualquier adversidad que pueda pasar ”

- (SIS-1)

“El hecho de trabajar por un mismo objetivo, que, finalmente, es el bienestar de las personas adultas mayores. Independientemente de que sean aseguradas o no. Creo que esa barrera de ser asegurado o no asegurado, la red permite romperla porque finalmente te diriges a personas adultas mayores que están dentro de un espacio territorial y, de alguna u otra manera, interactúan. Entonces, la red permite eso, un trabajo articulado, pero, definitivamente, nos falta tener más tareas concretas por cada sector ”

- (ESSALUD-1)

El rol del gobierno local es clave por su conocimiento del territorio, de los vecinos de su localidad, y por la capacidad de movilización de recursos complementarios y estrategias específicas para responder a situaciones específicas con pertinencia. Ello también porque se apoyan en instituciones ya establecidas como CIAM, OMAPED y CEM.

“La ventaja de los gobiernos locales es que sabían los números telefónicos, que conocían dónde vivían estos adultos mayores, que iniciaron el tema de la vacunación, entonces los gobiernos locales finalmente no solo se encargaron de convocar a estos adultos mayores, sino también de proporcionar ayuda en la etapa de guía, en los puntos de vacunación incluso los gobiernos locales se encargaban del tema logístico, porque en un principio no habían estos elementos, ya luego el sector ha designado sus centros de vacunación, han llevado todos los recursos logístico que esto requiere, ya tiene también todo el esquema de voluntariado para el caso de Lima y algunas regiones siguen apoyándose en los gobiernos locales y también en el equipo que tiene la red AMACHAY ”

- (PAIS-1)

“Hizo que el gobierno local vea que tenía responsabilidades en pandemia y que no tenía que sentarse a esperar que el gobierno central lo solucionara, sino que entendió que ellos son los descentralizados y que tienen un rol fundamental en su localidad, qué es lo que finalmente nos falta. Incluso con los gobiernos regionales que eso costó un poco más y que por lo menos mientras estuvimos nosotros no se llegó totalmente a concretar, pero sí se logró avanzar ”

- (MIMP-1)

Hubo proactividad de parte de los actores sociales para responder a los obstáculos que encontraron tanto con la plataforma de información como con la reducción de encargados de puntos focales (gestores locales) y la falta de presupuesto. Se logró resolver situaciones básicas pendientes y problemas existentes desde antes de la emergencia, como la afiliación al SIS. Para ello fue clave la generación y el uso de información para atender otros problemas. Así mismo, la identificación de poblaciones específicas que requieren atención.

“Entonces, toda la información que salía en esa base de datos de Google Forms, es la que se enviaba a AMACHAY porque también somos parte de esta red. Claro que nosotros aprovechábamos la información para hacer otras cosas. Por ejemplo, esas emociones que recabamos nos sirvieron para hacer una intervención de salud mental. Eso no lo reportamos a AMACHAY porque era una intervención propia del Seguro Social que lo hicimos a fines de octubre, comienzos de noviembre, diciembre y casi mitad de enero, pero ya como un tema particular ”

- (ESSALUD-1)

Los actores sociales manifiestan saber el objetivo de la Red AMACHAY y existe disposición a brindar información para su mejora. Además, sienten satisfacción por su trabajo. Ello se explica por el hecho de que hubo en el 2020 tanto una importante labor en las capacitaciones, así como una buena articulación con las otras entidades (Centros de salud, Municipios, etc.) para resolver de manera rápida las alertas o riesgos encontrados.

6.1.3. Procesos

El seguimiento nominal – que implica la anterior identificación y actualización de los usuarios – mediante las llamadas telefónicas fueron una instancia oportuna para que el usuario en estado de vulnerabilidad pueda tener soporte emocional, se pueden identificar potenciales alertas, y también recibir atención técnica a distancia.

“A los usuarios en general, les interesaba que los llamen porque los por teléfono, y hay muchos testimonios de actores sociales que mencionaban que los beneficiarios se sentían a gusto porque en medio del confinamiento decían que había alguien que se preocupaba por ellos, que estaba pendiente de ellos y que ellos se sentían muy agradecidos por eso ”

- (GR, Piura-1)

La participación de la comunidad y del voluntariado son también aspectos positivos de la experiencia que se valoran, especialmente en una perspectiva de sostenibilidad.

“En el 2020 hubo una respuesta masiva de muchas entidades que se sumaron a la red AMACHAY, también con los gobiernos locales, destacaron las Cámaras de Comercio Regionales, ONG, yo recuerdo muy bien el rol que tuvo Caritas, (min 50.40) y algunas otras iglesias evangélicas en varias regiones ”

- (PAIS-1)

Una condición de éxito fue el hecho de haber contado con presupuesto para coordinación, para la contratación de puntos focales y agentes sociales en una ratio razonable para que puedan hacer llamadas de seguimiento a un número adecuado de personas.

“... un tema es la plata, también la distribución, eso es muy importante porque la plata llegó a las Direcciones Regionales de Salud. Entonces, cuando la plata llegó a las Direcciones Regionales de Salud, es allí donde hacen las cuentas y dicen me ha llegado esta plata, esta plata es de la red AMACHAY, qué es eso de la red AMACHAY, yo voy a usar esa plata para comprar no sé pruebas rápidas, lo que sea... Y allí tuvimos con el MIDIS que hacer entender a las autoridades de salud que esa plata venía con un fin, con un propósito... un poco que les descuadra el asunto, pero no había forma porque esa plata ya estaba destinada para otra cosa”

- (MINS-1)

En términos de gestión de alertas, se instaló una lógica proactiva de coordinación y de atención de forma integral a una población usualmente desatendida. Ello implicaba que el Gobierno Local pueda identificar de manera sistemática necesidades de sus usuarios y canalizar las ayudas necesarias de distintos tipos, ya sea salud, violencia, abandono u otras necesidades. Esa lógica proactiva se contraponen a la usual lógica receptiva de diversas instituciones que habitualmente no cuentan con suficientes recursos para hacer una búsqueda activa de usuarios, y se limitan a actividades de bajo costo, y en general, con impactos y relevancia más bajos.

“Que está el modelo, está ahí intacto, el sistema está, los municipios lo conocen. Es cuestión de un impulso de los sectores para que pueda ser usado y que es funcional, entonces, creo que ese es el principal valor de lo que tiene ahorita la red AMACHAY”

- (MINS-1)

6.2 Cuellos de botella

A modo de organización de esta y de la siguiente sección, en cada párrafo se resaltan los aspectos analizados. En algunos casos, el análisis parte de información recogida en campo, y por ello, se registra evidencia que acompaña la observación, mientras que en otros casos parte del análisis del conjunto de información y en diálogo entre los investigadores, por lo que la evidencia que se presenta se hace a modo de ejemplos o datos recogidos, pero no en forma de citas textuales.

6.2.1. Articulación y roles

El desempeño variable de los Gobiernos locales ha sido un factor crítico que afectó la eficacia y la fluidez de implementación de los procesos esenciales de la Red. Las municipalidades de Lima Metropolitana tuvieron los menores índices de cobertura, lo cual puede explicarse por la magnitud población en los distritos, pero también por el arreglo institucional existente, donde Salud no está descentralizado, y dónde los municipios tienen muy poca interacción con ese sector.

“A nivel de gobierno local, sí, los gobiernos locales bastantes comprometidos, sí alcanzaron coberturas bastante altas de su padrón, llegaron a contactar 90%, 95% de su población objetivo, eso en el caso, en el tema de regiones y quizás en el caso de gobiernos locales que tenían una población no tan grande, de mediano a bajo, mientras que gobiernos locales que tenían un padrón bastante amplio, sobre todo, en el caso de Lima, sí tuvimos ahí, relativamente bajos índices de cobertura de la población, por ahí alrededor de 70, 80%, esto sobre todo en gobiernos locales que tenían población más grande, a pesar que el número de actores sociales era en proporción, en teoría, a la población asignada, creo que en el caso de Lima fue más complicada la implementación, en regiones no tanto”

- (MIDIS-1)

Una posible explicación adicional es que la estrategia no surge de una demanda y en algunos casos ha sido vista como no necesaria o porque ya tienen una forma propia de atención a la necesidad. Ello parece ser el caso de algunas Municipalidades en Lima Metropolitana como Miraflores, San Isidro, San Borja y La Molina.

“La otra cuestión que también era una variable en el desempeño de la estrategia son los gobiernos locales... se enteran de que tienen plata porque nosotros le decimos: oye te hemos mandado para que hagas esto, pero no ha sido producto de una demanda, una necesidad de hacerlo, entonces los gobiernos locales (algunos) se comprometen y otros porque tienen la obligación lo hacen, pero lo hacen pésimo en algunos lugares”

- (PAIS-1)

“No se le puede transferir recursos a gobiernos locales que no desean, si no quieren hacer este tipo de estrategias o incluso tiene estrategias parecidas tal es el caso en Lima, Miraflores, San Isidro, San Borja, La Molina, yo diría también porque transfieren recursos a La Molina, a San Isidro, a Miraflores, Lima, San Isidro, si evidentemente ellos debían compartir presupuesto”

- (PAIS-1)

“La frecuente rotación de personal en estas instancias es otro aspecto asociado a la variabilidad en el desempeño de los Gobiernos Locales:

“La rotación de actores sociales en los gobiernos locales era constante y por más que dábamos una capacitación, no sé, en Loreto, de acá un mes ya no eran los mismos actores sociales, entonces teníamos que volver a capacitarlos. Qué es violencia, qué es abandono, qué hacer, por ejemplo, si la persona no te quiere decir tal o cual situación”

- (MIMP-1)

6.2.2. Procesos

Gestión de alertas. No hubo homogeneidad en la identificación y gestión de las alertas. En el inicio, hubo muchas alertas que podrían categorizarse como falsos positivos. No porque no hubiera una genuina preocupación de parte de los actores sociales, sino porque la casuística no estaba bien definida, y los parámetros y rangos de situaciones normales y anómalas tampoco están bien establecidos.

En el principio, los equipos estaban rebasados en su capacidad de respuesta, a veces debido a la identificación de situaciones de difícil manejo, que iban más allá del protocolo de seguimiento, tales como casos de abandono, violencia, carencias de diversa índole afectando a la población objetivo; y/o la escasez de recursos (presupuesto) para hacerles frente, así como, en algunos casos, debido a trabas burocráticas:

“... dentro de ese proceso de seguimiento también había varias cosas que a medida que iba pasando la pandemia, no era solo un tema de la propia enfermedad o lo que generaba, sino las cosas alrededor, es decir temas de violencias, temas de escasez de comida, temas de empleabilidad, entonces claro surgían todas las problemáticas que una situación como esta, trae y que a veces te quedabas corto porque no sabías como decir una respuesta que permitiera satisfacer la necesidad que estaba teniendo en ese momento el usuario”

- (BICENTENARIO-1)

“Sobre demanda era porque si bien los casos los tenían mapeados y estaban identificados los pacientes tipo COVID, en el caso de SIS los resolvíamos en el lapso de una semana, no había mucho problema con nosotros. Pero con el sistema de [la] COVID-19 resultaba que no solamente telesalud atendía a esas personas sino también estaba sobrecargado dando soporte y asistencia a nivel nacional y con los casos elevados de COVID-19 en su momento, el mismo sistema estaba sobrecargado... porque al inicio con tele salud no hubo un mayor filtro, y todos llegaban, las personas con una molestia en la garganta llamaban a tele salud, obviamente eso congestiona la línea y finalmente no era tan grave, si una garganta o me falta olfato, frente a una persona que sí merecía una atención”

- (SIS-1)

“Entonces, me comienzan a indicar que también debíamos atender alertas de violencia y abandono, sin embargo, eso no estaba en los documentos normativos. Me señalan qué había sido algo a lo que había accedido el director, entonces en atención a ello, yo ok y también pensando en el objetivo final qué era la atención a la persona adulta mayor. Eso lo entendemos quiénes tenemos vocación de servicio, qué siempre vamos a tener que ir más allá, así no esté incluso en la norma, porque es lo que nos toca cuando trabajas en el sector público”

- (PAIS-1)

En parte las dificultades también estuvieron asociadas a que, por la rapidez en que todo se generó, no hubo tiempo suficiente para explicar y se generaban fricciones entre sectores:

“El tema es que cuando tú llegas a una Dirección de Salud regional o aquí de Lima, y el MIDIS en coordinación con el Ministerio de Salud dicen te voy a poner tantas enfermeras, te voy a poner un sistema de alerta, te voy a poner en un sistema de detección con la municipalidad... ¿qué pasó acá? Si yo soy el Ministerio de Salud, cómo va a venir acá alguien a decirme qué tengo que hacer (00:15:32). Entonces, allí fue la chispa, pero que poco a poco se fue entendiendo. También creo que el mismo diseño, la rapidez fue un factor con los tiempos de mejora, etc., pero bueno, es lo que había y lo que se tenía que hacer”

- (MINS-1)

Gestión y oportunidad de la información. La ausencia o limitado sistema de información, que no permitían contar con data actualizada, es uno de los problemas enfrentados, mencionado por todos o casi todos los entrevistados. Se detectaron errores o datos desactualizados (número telefónicos, direcciones). Esta situación generó limitaciones para la etapa de seguimiento, demandando actualizar datos mientras se hacía el seguimiento:

“Uno de estos elementos que no nos han ayudado es no tener una validación del padrón nominal a nivel territorial, este padrón como te comento salió de la base de datos, como te digo esta base de datos tiene sus limitaciones, no nos permitió llegar al 100% de las metas establecidas, si nos pusieron 300,000 llegamos a 200,000, quedo fuera 100,000. Porque esos 100,000 ya no existían o eran poblaciones que ya habían emigrado y no pertenecían al distrito...”

- (PAIS-1)

También se reportan problemas asociados a la plataforma de registro, debido a que cada sector tiene demandas particulares de información y ello complejiza el acceso y llenado de información:

“... las peripecias que pasa un profesional de la salud al registrar una historia clínica porque cada quien decía: yo quiero tal cosa, MIDIS decía quiero que me avises cuando pases paciente, pero para hacer eso el profesional tenía que entrar a una página web para decir ya tengo a esta persona; y si el médico tenía que hacer una coordinación en la parte de medicamentos, tenía que entrar a otra página, si tenía que hacer una coordinación con un lugar, tenía que entrar a otra página, finalmente el profesional de la salud, tenía que entrar a diversos links, para poder hacer esta interconexión... Y sumándose a eso, que para que el SIS pueda financiar esa atención... tiene que entrar a otro sistema, todo esto hace que una llamada telefónica hacia el paciente demorase como 45 minutos y eso es demasiado largo, y aun así se hacían las peripecias... Si sobre saturas haces que el modelo o parte operativa no sea tan agradada, apreciada”

- (SIS-1)

Algunos **procesos no funcionaron** desde el inicio, y fueron rápidamente descartadas. Por ejemplo, la entrega de medicamentos. Otras funcionaron debido a la predisposición de los equipos de base, y debido a la existencia de recursos específicos para dotar esos procesos de coordinación. Por ejemplo, las derivaciones a MINS-1 no funcionaban de manera homogénea en el territorio.

Otro tema crítico que se encontró, principalmente al inicio de la implementación, fue la **desconfianza de la población** para recibir llamadas. Por un lado, existe el temor a ser víctima de estafas, que se suma a la falta de experiencia de esos usuarios de recibir un servicio de parte del Estado sin haberlo solicitado. En el caso de adultos mayores, se suma además a una disposición natural a una mayor cautela ante la novedad.

“ Hay un elemento de desconfianza, que todavía no se ha terminado de fortalecer, porque la gente no cree, mucha gente no creía, y con el tema de las llamadas, la gente te decía: aja y quien es usted, como saber que no es una estafa, había mucha desconfianza, esa delgada línea de lo que vive mucha gente y lo que realmente funciona institucionalmente cuando estas adentro y lo conoces, allá hay una brecha importante, que creo que hay que fortalecer, la fe y la creencia de que los sistemas funcionan ”

- (BICENTENARIO-1)

6.3 Nudos críticos

En esta sección presentamos un juicio crítico de la Red Amachay tanto en su diseño como en su implementación. Sin menoscabo de los elementos anteriormente mencionados que dan cuenta de la importancia y cobertura de la Red, aquí nos centramos en los déficits y debilidades de esta, de cara a una mejora futura. Ello implica que esta sección no puede leerse de forma separada del resto del estudio dado que constituiría una versión sesgada del estudio.

6.3.1. Diseño

Falta de política integral de cuidado/protección. La falta de una política integral de cuidado/protección de ambas poblaciones de la Red Amachay es un obstáculo significativo para que la Red pueda desplegarse como plataforma de articulación y seguimiento a los usuarios. Lo que existe hoy en día es un pequeño número de Programas/entidades que proveen servicios que no cubren las necesidades de esas poblaciones. Sin menospreciar el importante rol que tiene los CIAM y las OMAPED, éstos no parecen ser suficientes ni en cobertura geográfica y ni en magnitud de usuarios, y sobre todo, en términos de integradores de soluciones a las diferentes problemáticas de las poblaciones a los que atienden.

“ Pero en protección sigue habiendo el mismo vacío. Mientras no haya una ruta de trabajo en entes gubernamentales desde el ministerio de la mujer hacia la gerencia regional de desarrollo social y de estas hacia los gobiernos locales. Lo que se ha hecho nosotros desde la asistencia técnica, hemos activado roles. Pero esos roles de pronto en el distrito quieren vincularse con el nivel regional y nos ha tocado tocarle la puerta al gerente de desarrollo social y decirle: “ojo tu responsabilidad es también con el adulto mayor y la persona con discapacidad. Aquí el gobierno local necesita un albergue, necesita un lugar donde poner a los adultos mayores en situación de calle. El problema de la salud mental está siendo elevado y nosotros no tenemos mecanismos para atenderlo. ¿Tienes tú?”. Y lo que debiera hacer la gerencia de desarrollo social en sus competencias es que el ministerio de la mujer es el

rector en darle todo el acompañamiento para la atención del adulto mayor y la persona con discapacidad, porque son funciones transferidas a los gobiernos regionales ”

- (PAIS-2)

“ La red deja en evidencia la falta de políticas públicas en estos sectores y visibiliza 2 cosas: Una, la necesidad de articular la oferta pública destinada a mayores y a discapacidad, aún la más mínima que exista porque lo que sí sabemos es que hay cosas que hacen las regiones, los territorios y el nivel central pero que no están articulados. Creo que tal como la red da una buena noticia, pone sobre la mesa un requerimiento. Es necesario levantar toda la red pública para ver qué es lo que tenemos; y dos, es necesario aprovechar la red para profundizar el diagnóstico de estos 2 segmentos: ¿quiénes son?, ¿dónde viven?, ¿cómo viven?, ¿qué necesidades presentan? Eso a nivel de los viejos, de la población discapacitada como de la familia, de las comunidades, de las localidades, de los municipios, desde los funcionarios ”

- (SIS-2)

En una revisión rápida a los Programas Presupuestales relacionados a éstas poblaciones identificamos solamente el PP 0142 Acceso de personas adultas mayores a servicios especializados, cuyas actividades para el Gobierno Local son: desarrollo de competencias en familiares para la atención de personas adultas mayores, identificación, selección y derivación de personas adultas mayores en situación de riesgo personas, y adultas mayores reciben servicios para prevenir condiciones de riesgo, por otro lado, PP 0129 Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, que solo contiene recursos en el nivel Nacional y Regional, y se centra en la rehabilitación física.

Finalmente, el Documento Técnico Marco conceptual sobre Cuidados¹⁰, del MIMP presenta un análisis normativo, nociones conceptuales, enfoques generales sobre el tema, pero no operacionaliza los cuidados ni tampoco traza una ruta de construcción del sistema.

Modelo homogéneo de la Red. Hay un acuerdo entre los investigadores que tanto el diseño como la implementación de la Red siguieron un modelo homogéneo. El origen de ello se explica dada la inmediatez de la reacción del Gobierno del Perú, especialmente a través del MIDIS, a la llegada de la pandemia al territorio nacional.

La falta de heterogeneidad se nota en diversos aspectos del diseño tales como la falta de una tipología de Gobiernos Locales (aun considerando que la intervención ocurrió en un segmento acotado de carácter urbano) que permitiera adaptaciones en cuánto a los servicios otorgados de acuerdo a las necesidades de la población y sus características sociodemográficas y culturales así como de la oferta existente o faltante en el área; una graduación de las acciones de monitoreo y supervisión de acuerdo a las capacidades técnicas instaladas; progresión en términos de maduración de la Red.

¹⁰ https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021_dtmcc_per.pdf

“Uno de los mayores retos de AMACHAY, era poder gestionar la heterogeneidad, entonces ellos hablaban del trabajo que podían hacer con la red AMACHAY, recuerdo mucho en Surquillo, San Borja, o en Bellavista, y yo decía lo que hagan en San Borja, en Surquillo, en Bellavista, no va hacer igual, a lo que podrían lograr hacer en Cangallo o en Santa María Nievas, no, no es igual, esa heterogeneidad debió ser parte del diseño, entender que el diseño”

- (MIDIS-2)

Ello es también capturado en la lectura retrospectiva que se hace del desempeño de la Red. Ello se evidencia en dos formas distintas, que coinciden entre sí. Primero, en la lectura realizada por autoridades del MIDIS (como la citada abajo), donde se identifica la falta de heterogeneidad a la falta de flexibilidad en la gestión de la Red. Ello coincide también con la información recogida en el presente estudio a nivel local, donde encontramos disparidades importantes en cuanto a comprensión, compromiso, y especialmente, sostenibilidad dado el agotamiento de recursos en los Gobiernos Locales (ver más detalles de diferencias entre Gobiernos Locales en las secciones 7.2 y 7.4).

“Yo creo que el desempeño de la red ha sido de regular a satisfactorio(...) porque creo que los resultados han sido muy heterogéneos también, creo que habría que resaltar que hay muchas municipalidades que han acogido el modelo que han identificado en la red la oportunidad que supone poder brindar atención de ese tipo que en este caso era la más vulnerable o uno de los grupos, o dos de los grupos más vulnerables y fue tremendamente revelador, cuando algunos alcaldes provinciales nos pedían que el modelo también las acogiera a ellas, no solo a las distritales sino también a las provinciales, y eso ocurre cuando una municipalidad te identifica que hay algo ahí, que vale la pena, sabiendo además, que ya no había recursos presupuestales para poder sosteniendo gestores, diciendo yo de la mía, quiero hacer esto”

- (MIDIS-2)

Población: Focalización. Considerando la restricción presupuestaria, creemos que una debilidad fue la carencia de criterios socioeconómicos que hicieran la gestión de la Red más efectiva en atender a poblaciones más vulnerables entre las que ya eran vulnerables. Ello implicó la sobreposición de la Red a ciertos territorios donde ya venían implementando estrategias similares y/o más completas con los recursos propios de la Municipalidad, lo que se dio en algunos distritos de Lima.

“Y tenemos gobiernos locales que no tiene mucha voluntad de continuar por ejemplo les pongo un caso, el caso de la municipalidad de San Isidro. San Isidro tiene una propia estrategia para adultos mayores, porque sobre todo su población está compuesta por adultos mayores y que en la red desde el año 2020 ha considerado qué más que un apoyo era como una carga laboral. Entonces ellos, por ejemplo, incluso el año pasado quisieron devolver todo, quisieron utilizar la plata de la red, cuándo se les dijo normal: ‘devuélvanlo, pero nos avisan cuando lo devuelven. O sea, no, no los van a devolver así por así, si no devuélvalo formalmente’. Y cuando entendieron la implicancia legal que eso tenía es cuando retrocedieron y a regañadientes un poco, implementaron la red”

- (MIDIS-5)

“El problema ha sido en el sentido en que la articulación que debían hacer ellos, los coordinadores tanto regional como distritales, debían enfocarse más en las personas vulnerables que realmente necesitaban ese apoyo, sin embargo, la red ha iniciado con un padrón ya que lo ha establecido la propia red, donde se establecían a las personas adultos mayores y personas con discapacidad, pero sin considerar su condición socio económica, cuando se hacían las llamadas, muchas de estas personas que estaban dentro de la red, eran profesionales que contaban con los recursos económicos y de alguna forma, ellos no necesitaban ese apoyo, claro agradecían mucho por el interés de las llamadas, el seguimiento, pero sin embargo ellos podían atenderse por sí solo, porque contaban con los recursos”

- (PAIS, Tacna-1)

Pero sobre todo implicó la decisión de no atender cierta población bajo la lógica que otros Programas/intervenciones como Pensión 65 y Contigo lo harían. Sin embargo, la disponibilidad de recursos entre las intervenciones fue muy dispar, así como los servicios brindados.

“Y en este caso, las personas que se registraron, obviamente, estaban dentro de los niveles o dentro de las características específicas que también el MIDIS pedía, una de ellas era que no estén en ninguno de los dos programas en el ‘Contigo’ ni fueran de ‘Pensión 65’. Entonces, bajo esos parámetros si se logró atender a la cantidad de personas”

- (Actor Social, Arequipa-1)

6.3.2. Articulación y roles

Articulación intersectorial. El diseño e implementación de la Red tuvo varios atisbos de articulación intersectorial, donde claramente el MIDIS fue el líder en el proceso de diseño, y el principal gestor de la implementación de la Red, lo que implicó poner las bases de la articulación con los demás sectores en el Nivel Nacional. El sector Salud (MINSALUD y SIS) tuvo un rol de carácter técnico, en términos de definición de la población, así como de acceso a información relevante. Sin embargo, otras instituciones como MIMP también participaron de forma acotada en cuanto su rol rector o cobertura le corresponde. También se dio el caso de ESSALUD, cuya participación fue muy limitada dado que reprodujeron la lógica de la Red en su institución, o el MIMP en el año 2021, debido a la restricción presupuestaria y especialmente por su limitado alcance en el territorio.

La articulación intersectorial durante el proceso de implementación de la Red difiere de forma importante entre los años 2020 y 2021. El primero año, la articulación intersectorial fue más fluida debido, principalmente, a la asignación de un mayor presupuesto asignado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, en el año siguiente, a falta de equipos dedicados a la coordinación y atención a pedidos, las dificultades de gestión aumentaron.

“En el primer año que pudimos garantizar atención porque les transferimos recurso del MINSA al MIMP y a los gobiernos regionales también, para las DIRESAS. En el segundo año -ya este año-, sin recursos para los sectores, se nos ha hecho más complicado el tema de la administración de las alertas por el portal, pero se ha logrado tener muchos más puntos focales de lo que tuvimos el año pasado, pero sí hay un retraso entre que se atiende y se reporta en sistema”

- (MIDIS-3)

La discusión sobre las competencias, en particular para el caso de MIMP, también se asocia a las dificultades percibida. Se reclama que el ente rector no estuvo presente desde el inicio, siendo que por competencias es la instancia que debiera liderar; por ello se cuestiona algunas decisiones tomadas y la existencia de criterios diferentes para aspectos comunes, como la remuneración del personal y presupuesto asignado:

“Cómo nosotros no estuvimos en el diseño, no lo entendemos PAÍS[1] tenía presupuesto hasta para camionetas. Tenía presupuesto para coordinador 1, coordinador 2, promotor 1 por cada distrito. Nosotros teníamos uno para todo el departamento. Entonces, yo creo que esa es justamente esa deficiencia (se refiere a la falta de presupuesto) tuvo que ver con el que MIMP no participó en esa etapa de diseño, y que sí, pues probablemente fue ingresado último minuto, nos imaginamos. Yo me imagino qué debe haber sido porque MIMP en el CCV debe haber dicho que no lo iba a firmar a pesar de ser el rector, me imagino, ay no lo sé.

... qué evidencia esto y finalmente hacia dónde voy es la necesidad de que el ente rector participe en el diseño de estas Gráficas, estás redes, estas situaciones en las que la persona adulta mayor, sí bien hay una finalidad, como ya dije que a mí me parece válida, aplaudo y que comparto, porque es situación de COVID, esa red debe de continuar y nos hubiera encantado que MIMP continúa participando porque lo consideramos necesario”

- (MIMP-1)

El desacuerdo entre MIDIS y MIMP en términos de rectoría y liderazgo de la Red se hace patente en diversas entrevistas. Toda la normativa de la Red, en sus considerandos, justifica el rol del MIDIS en la Red. Sin embargo, existe una rectoría genérica en el MIMP sobre las poblaciones vulnerables. A la vez, el MIDIS lidera un sector importante de la política social tanto en cuanto a su llegada a territorio mediante los equipos territoriales, como en su dimensión debido a los diversos programas sociales que incluye (Cuna Más, Qali Warma, Pensión 65, Foncodes, Contigo, Programa País). Por último, el MIDIS se ha caracterizado, desde su inicio, por la manutención de equipos técnicos que han venido diseñando políticas de mediano y largo plazo que han resultado relevantes en el combate a la pobreza (Estrategia Incluir para Crecer, DIT, FED, Sello Municipal, entre otros). Durante la pandemia, además, recibió el encargo de la distribución de bonos económicos. Mientras tanto, el MIMP es una institución con un presupuesto mucho más reducido¹¹, con funciones más centralizadas y con un alcance mucho más limitado de sus intervenciones.

“Nosotros lo asumimos como MIDIS, la red de soporte porque MIMP no tenía capacidad. El MIMP se peleó con nosotros este año porque dijo, querían apropiarse de la red. De hecho, sacaron su norma aparte y nos mandaron un montón de papeles pidiendo apropiarse de la red y nosotros dijimos, “llévense la red”. Donde se desarrolle no es el problema. El problema es el ciudadano. El punto está en que no tiene las capacidades instaladas”

- (MIDIS-5)

“En el caso del MIMP, no tiene equipo operativo, coordina casi directamente con los gobiernos locales y muy poquitos, pero sí tiene equipo a través del CEM, por ejemplo, del Centro de Atención a Mujeres”

- (MIDIS-3)

6.3.3. Procesos

Implementación homogénea. El diseño homogéneo de la Red Amachay conlleva a que la implementación de los procesos se dé también de forma homogénea. Ello fue un nudo crítico en cuánto a la capacidad de utilizar los recursos disponibles de manera más eficaz.

Encontramos casos de homogeneidad, por ejemplo, en la entrega del paquete de servicios, específicamente, en consejería. El servicio no fue capaz de distinguir saturación de información, personas con el mensaje ya interiorizado o diferenciar niveles educativos y de comprensión de los usuarios.

“Sobre los servicios de orientación y consejería, una tarea que nos quedó pendiente fue adecuar este servicio a la necesidad de las personas, en sí la red era o es una intervención orientadas al COVID, a mitigar, la mayoría de servicios de orientación y consejería eran orientados al tema de la COVID-19, en este caso las medidas sanitarias, el lavado de manos, distanciamiento social, no acudir a espacios cerrados, eran bien como pre establecidos, yo creo que un aspecto a mejorar, era poder adecuar esta pre orientación a los requerimientos de la persona que se esté contactando, de repente hay personas que ese tema de la COVID-19, ya lo tienen bastante interiorizado, sobre todo por el tiempo que ha transcurrido la pandemia, pero de repente quizás necesitan temas, no sé, orientaciones en cuanto al manejo de su enfermedad crónica, o un tema específico “x” creo que ése es un tema que se podía mejorar”

- (MIDIS-1)

Algo similar hemos identificado en la gestión de Alertas. El caso de alertas de violencia o alimentos requiere un protocolo especializado de recojo de información para evitar riesgos adicionales al usuario, o para capturar información de manera indirecta que permita levantar una sospecha fundada de lo que pueda estar ocurriendo en el hogar.

¹¹ A modo de ejemplo, en el año 2022, el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) del pliego MIDIS es de 5 mil millones de soles, mientras el del MIMP es de 735 millones de soles, casi 7 veces menor.

“E: La identificación de alerta, para COVID, estuvo bien; para violencia y alimentos habría que mejorarlo, para violencia, y esto se dijo en varias reuniones porque, por ejemplo, en el aplicativo o en el cuestionario en general, el que se le hacía al beneficiario, se le preguntaba directamente, ¿ha sufrido usted de violencia? Y entonces, era una pregunta muy cerrada, y yo le digo por experiencia personal, porque también he trabajado en tema de violencia contra la mujer, así no se aborda el tema de violencia porque si le pregunto tan directamente a la persona puede haber como un recelo, una desconfianza... “Le digo o no le digo... Y si le digo y después me hacen problemas... Mejor le digo que no” (...) El otro tema era el de alimentos (...) había una pregunta que hacían los actores sociales si usted ha preparado los alimentos el día de hoy (...) si ellos marcaban que NO, se activaba una alerta de alimentos, entonces, cuando el personal de la municipalidad iba a atender la alerta, resulta que la persona no estaba con problemas de alimentos, lo que pasa es que había una persona que, por ejemplo, podía ser un vecino, o una vecina, que cocinaba, y le llevaba su alimento, por encargo a veces que la misma familia o que el adulto mayor así se lo había pedido”

- (GR, Piura-1)

Otro caso es la falta de diferenciación entre realidades geográficas. Por ejemplo, el descarte de la entrega de medicinas fue objeto de reclamo en Amazonas, donde consideran que podrían haber llevado adelante dicho servicio.

“Si a veces se generaban alertas y a veces era por tema de salud que por tema de los actores sociales lo activaban con la intención de que aparezcan en el sistema para que ya de una vez lo atiendan por tema de medicamentos, por eso es que ahí, nuevamente la recomendación sería pues si hacen un trabajo tan grande, al menos en Lima de repente es imposible llevar medicamento a domicilio, yo que en Lima es complicado con todos los establecimientos, pero en las regiones si podemos porque nos conocemos todos, estamos hablando de lugares más pequeños, donde si es posible articular lo que es el tema de medicamentos o a otras atenciones que deberían figurar en el paquete de atención dentro de él, también se podría evidenciar dentro de las plataformas para el trabajo que también se realiza ahí no, y que también que a veces se queda suelto y no se logra evidenciar como un trabajo adicional al que se está realizando y pensándolo bien mire hay bastantes personas que estábamos estresados en el trabajo”

- (MINSa, Amazonas-1)

Población: bases de datos. El proceso de identificación de la población utilizó criterios eficaces tales como magnitud poblacional (estableciendo la Red en áreas urbanas de mayor densidad poblacional) y vulnerabilidad médica (ya sea debido a la presencia de comorbilidades o de discapacidad severa). Para ello se hizo un importante esfuerzo de amalgamamiento de distintas bases de datos (ver MEMORANDO N° 165-2020-MIDIS/VMPES/DGSE donde se da cuenta del proceso y de las distintas fuentes de información utilizadas). Sin embargo, el proceso también develó la fragilidad de la interoperabilidad de los sistemas de información y especialmente la falta de información nominal de salud (no necesariamente concentrada a nivel nacional). Adicionalmente, ello implica que la base de información tenía desbalances en cuánto a información de los potenciales usuarios.

“Idealmente deberían incorporarse las siguientes fuentes de información en salud: El Registro de prestaciones de servicios de salud de EsSalud, el Sistema de registro de atenciones de salud ambulatoria de las Sanidades de la Fuerzas Armadas y Policiales y El Sistema de Historia Clínica Electrónica – SIHCE”

- (Memorando N°165 2020-MIDIS/VMPES/DGSE)

El hecho de utilizar una lógica centralizada tiene ciertas ventajas, tales como el acceso a las distintas fuentes de información. Sin embargo, el flujo de información es casi estático (basado, en este caso, en Censo 2017) y con grandes vacíos y errores de información, tales como los registrados en el Cotejo de registros censales individuales contra el Registro Único de Personas Naturales realizado por RENIEC en el marco del proceso de construcción del Registro Nacional de Hogares, donde casi 20% de registros muestran error o valores perdidos. Además, no existe interoperabilidad de la información, lo que requiere recursos humanos que puedan actualizar las bases para ponerlas a disposición de toda la Red.

“De 29'381,884 registros censales de personas, 3'158,577 no contienen el Número del documento de identidad. En 2'247,351 de registros, los DNI vinculados con el RUIPN (RENIEC) no pueden validarse los nombres ni los dos Apellidos de las personas, y en 315,557 el número del DNI no puede vincularse con el RUIPN (DNI erróneo)”

- (Memorando N°165 2020-MIDIS/VMPES/DGSE)

“Otra dificultad a nivel de, no sé si es exclusiva del gobierno local, fue el tema del padrón, el tema que este padrón haya nacido de una base de datos administrativa, muchas veces estas bases se encuentran desactualizadas, había bastante población por filtrar, esa también fue una de las dificultades, que luego se fue resolviendo con el apoyo de los gobiernos locales que digamos actualizaban esta información, ubicaban a su población objetivo, etc.”

- (MIDIS-1)

“Porque por ejemplo un punto crítico que no se abordó en la red de Amachay fue el padrón nominal. ¿Quién lo actualiza? Entonces yo como salud presto mis servicios, pero el padrón nominal no está a mi cargo. MIMP tampoco. MIDIS decía que era el que le brindaba asistencia técnica. Entonces la municipalidad decía: “yo lo tengo que hacer”. Entonces al final ese tema por ejemplo para nosotros es clave. Si el MIDIS, si el MIMP nos ayudarán a actualizar el padrón nominal, excelente. Pero nadie lo quiere hacer al final. La municipalidad que lo haga y la municipalidad te dice: ¿con qué lo hago?, con los actores sociales. ¿Y cómo lo hago con los actores sociales? Hay que llamar, hay que caminar, hay que buscar porque en realidad es un trabajo. Y el tema de la concepción del padrón nominal no creo que deba generarse de arriba para abajo. Tenemos que buscar mecanismos que Nosotros llamamos los mapeos o censos comunitarios, que se hagan al revés. Qué el padrón salga de la misma población hacia nosotros. Porque la población se muda, viaja. No puede haber un padrón rígido. No existe un padrón final”

- (MINSa-3)

También es necesario registrar que aunque no ocurrió de manera frecuente (según lo mencionado por el equipo del MIDIS), en algunos casos se introdujeron ajustes en cuanto a la focalización, por ejemplo, cuando los servicios de la Red se duplicaban al intervenir en el ámbito geográfico de Essalud u otras instituciones.

“ Este padrón no hace distinciones sobre cuál es la situación social del adulto mayor o la persona con discapacidad, lo único que distingue es dos cosas, el grupo etario mayores de 60 y que tenga comorbilidades, entonces estos dos indicadores pueden incluir a un Rizo Patrón [Nota del investigador: es un ejemplo de apellido compuesto de origen español que en este contexto sugiere ser una persona con recursos económicos que le permiten atender sus propias necesidades], o puede incluir a un adulto mayor en situación de indigencia ”

- (MIDIS-4)

Sostenibilidad financiera. La discontinuidad presupuestal marcó las 3 etapas del proyecto (2020, 2021-1 y 2021-2), tanto en términos de diseño y rediseño, como en términos de cobertura/extensión.

Luego del fin del financiamiento a mediados del año 2021, existen aún algunos municipios que mantienen la Red. Ello ha funcionado como una suerte de prueba ácida-una prueba definitiva para evaluar si la Red es capaz de sobrevivir en condiciones adversas como la ausencia de recursos para ello. Sin embargo, una mirada a los números de llamadas, alertas y acciones muestra una baja muy abrupta en el momento del final del financiamiento. Abajo se resumen la cantidad de alertas desde marzo a diciembre en el año 2021, donde se nota un claro descenso en el segundo semestre, que coincide con la falta de presupuesto para la Red. Queda claro que los Gobiernos Locales, casi en su totalidad, no tienen recursos y/o priorizan la implementación de la Red.

Alertas 2021	Atendida	Derivada
Marzo	15375	1977
Abril	8574	845
Mayo	5040	793
Junio	1336	165
Julio	706	32
Agosto	828	47
Setiembre	605	65
Octubre	330	11
Noviembre	343	31
Diciembre	68	13
Total	33205	3979

La discontinuidad de recursos también trae otros efectos no deseados. Por ejemplo, provoca en algunos casos desmotivación e incertidumbre tanto en los actores sociales y coordinadores respecto a la continuidad y la sostenibilidad del programa. Un coordinador territorial manifestó que varios de los que tenía a su cargo estaban buscando otro trabajo.

“ Muchas veces por rumores que la red AMACHAY ya no iba a existir (...) porque no va a haber apoyo, que nos han recortado presupuesto, para que seguir con algo, que no se va a poder sostener, ellos [funcionarios de otras Municipalidades] prácticamente dejaron de trabajar en el sistema ”

- (Coordinador, Ucayali-1)

Con la reducción del presupuesto, los encargados de cada punto focal en las diversas entidades con las que se articula la red desaparecieron y las alertas no tuvieron respuesta. Los actores sociales, al respecto, manifiestan que sienten que sus alertas no son respondidas, por lo que actúan de manera directa con el coordinador y, de acuerdo con las posibilidades, con el Municipio. Algunos explican que hubo desorden en el 2021 a comparación del 2020.

“ Se debe trabajar desde el inicio este proceso de sostenibilidad porque muchas municipalidades esperaban al reactivar nuevamente la Red Amachay después del 2020, pensaban igual que les iban a dar un personal nuevo que se encargue de todo este proceso y no, no fue así, (...) muchas municipalidades decían no vamos a poder, por más intención que tengamos, no podemos dar presupuesto porque, uno, que no estaba dentro de su POI, porque nosotros hemos hecho el presupuesto un años antes; segundo, no contamos con presupuesto para contratar a más personas y recargar la tarea a otras, a voluntarios, es como si nosotros trabajásemos al servicio de los voluntarios, porque los voluntarios pueden estar tres días tres meses, etc., no nos pueden atar a tiempo de acuerdo a lo que realmente necesitaba la Red Amachay ”

- (PAIS, Lima-1)

El número de actores sociales ha disminuido dramáticamente en cada uno de los puntos contactados, lo cual ha generado, a su vez, un aumento de usuarios de la Red por actor social, que impide llamar a todos los usuarios, o se les llame, pero sin la profundidad debida.

“ Yo con mis 30, yo hacía un trabajo muy personalizado, con mis adultos mayores. Ellos se sentían muy comprometidos. Pero, al llenarme con tal cantidad ... Bueno, la Municipalidad lo manejo así, porque quizás no había presupuesto ”

- (Actor Social, Tacna-1)

“ Anteriormente en el 2020 se contaba con 76 actores, pero ha ido evolucionando y se ha reducido a 36 actores y para este 2021 se ha reducido a 6 actores ”

- (Coordinador, Puno-1)

“ La gran diferencia es que cada actor ya tiene 180 usuarios por cada actor, imagínate el tiempo que ellos dedican de su tiempo por cada beneficiario, entonces es demasiado, en cambio el año pasado nosotros teníamos 42 actores, era más fácil, se asignaba un porcentaje de 12 usuarios o 18, entonces el trabajo era más efectivo, más óptimo, y ahorita por un salario que no es el mínimo, es solamente 550 soles más el gasto operativo que ellos realizan, más el esfuerzo, no, no alcanza, no cubre lo que ellos necesitan, entonces estamos viendo cómo se puede mejorar la situación, ellos gastan en pasaje, porque los usuarios no están en un solo lugar, no están en un solo sector, pero la diferencia entre domicilios es complicado, y demanda tiempo y esfuerzo de cada actor ”

- (GL, Ayacucho-1)

“ El seguimiento en el 2020 era más sustancioso, en cambio en el 2021 es mucho más corrido. Antes se tenía mucho más personal para poder hacer seguimiento continuo al adulto mayor, pero en cambio ahora no; solo un personal nada más se está haciendo cargo y aparte de ello no es el personal del mismo programa. Por ejemplo, yo me hago cargo de varios programas, de esos programas tengo que constatar que se ha hecho el seguimiento, la visita, todo; entonces, no nos alcanza en base al personal, si hubiera, por ejemplo, e incluso había pedido a los voluntarios para poder hacer el tema del seguimiento, pero todavía no certifican que la municipalidad pueda captar voluntarios para que hagan el seguimiento de la red ”

- (MINSa, Lima-3)

A partir de la segunda mitad del año, los coordinadores territoriales afirman que el mayor problema fue el recorte de presupuesto. Explican que las Municipalidades han trabajado solamente con aquel presupuesto que el MIDIS les brindó, mas no ha separado un presupuesto de la institución para brindar el servicio y proseguir con los servicios de la Red. Con mucha dificultad se continuaron los mismos. En algunos casos se llamó a voluntarios como actores sociales, pero sin el mismo compromiso como respuesta.

“ Se intentó hacer algo para que no ocupe el presupuesto, que era con actores sociales voluntarios, se intentó, se hizo capacitación, pero tenlo por seguro que, si tú quieres un trabajo bueno y objetivo en la red AMACHAY con personas voluntarias, excepto que tengan la voluntad y algo adentro que quieran hacerlo, no lo van a hacer ”

- (Coordinador, Uacayali-1)

Además, en algunas regiones a los actores sociales que se pudo contratar se les redujo el sueldo. Esto, si bien no generó un malestar grave como lo expresan los actores sociales, sí pudo afectar la motivación, así como la incertidumbre ante la aparente insostenibilidad del programa. Esta última razón la expresan todos los coordinadores consultados. Asimismo, manifestaron que las capacitaciones recibidas en el 2020 no se mantuvieron en el 2021.

Se registran muchos casos donde los municipios dejaron de operar la Red por falta de recursos a partir del segundo semestre del año 2021 hacia adelante. Ello ocurre en todo el país, y aquí recogemos dos ejemplos que fueron señalados en las entrevistas.

“ Ya posterior a ello también por un tema de falta de liquidez y austeridad ya no pudimos continuar, pero pese a ello había un tema de voluntariado por parte de los actores sociales, por parte del coordinador, toda la predisposición para poder trabajar con los chicos... E: Mire, actualmente. Bueno, por un tema de presupuestal y todo ello, ya no se viene trabajando eso de la Red ”

- (GL, Ayacucho-2)

“ No, no era eso, si no que no se dio continuidad, no se dio continuidad. Como le dije, tenía conocimiento hasta Julio o Agosto de que la Red se había desarticulado, y que dejaron a potestad de los municipios, con el presupuesto que tenían los municipios a que continúe o no la Red ”

- (MINSa, Lima-2)

6.4 Sostenibilidad y futuro

Si bien la falta de financiamiento afectó el trabajo, encontramos evidencia en algunos municipios de que la lógica básica de la Red (seguimiento a usuarios y articulación de servicios para atender a sus necesidades) puede sostenerse, tal vez a menor escala, pero vigente en la medida en que los municipios lo encuentran útil para atender otras situaciones que afectan a la población vulnerable.

“ Yo creo que esto con una decisión política y un impulso financiero se puede seguir usando y no solo para [la] COVID, sino para enfermedades crónicas de población vulnerable u otras. El modelo está, el modelo ha quedado, pero tiene que ser una visión política y en algún momento decir ok lo usamos nuevamente para tal y eso ”

- (MINSa-1)

“ Es una red que pudiera brindar de manera permanente información del estado de vulnerabilidad de las personas, que es muy importante sobre todo entendiendo la realidad de nuestros países en este momento el Perú, que sabemos que estamos propensos a cualquier realidad. Yo creo que luego de la COVID-19, si los países no han entendido que hoy se llama COVID-19 y mañana otro nombre, hoy lo estamos viviendo con el Omicron, pero que puede ser una emergencia por naturaleza, puede ser una emergencia por cualquier instancia, que puede pasar, ya tú no tengas que esperar la emergencia para seguir activarlos sino que ya tú tengas de manera permanente un sistema que te pueda gestionar la vulnerabilidad en el país, y que puedan generarse soluciones reales a esas problemáticas ”

- (BICENTENARIO-1)

Ello se ha dado mediante las Gerencias de Desarrollo Social, y en particular con el rol de los CIAM y OMAPED, que cuentan con personal estable, aunque limitado en su número.

“ Hemos empezado a trabajar directamente con la municipalidad de Tamburco en Apurímac, y hemos estado trabajando y capacitando a la actora social que tiene otro cargo que trabaja en la municipalidad, y como últimamente ella estaba recargada de trabajo, tenía que ayudarla en las llamadas y visitas domiciliarias, ubicaciones a las personas adultos mayores, algunos les hacen perder su celular, a veces no contestan, entonces se hace la visita domiciliaria (...) Toda la atención, la alerta de alimentos, ahora ultimo hemos repartido 2,200 canastas de Qali Warma incluyendo a nuestros usuarios más vulnerables. Trabajamos juntamente con Ciam, OMAPED, PENSIÓN 65 y el Vaso de Leche, con todos ellos, porque algunos usuarios son también del vaso de leche, de Omaped, y de CIAM la mayoría, trabajamos conjuntamente con ellos ”

- (Actor Social, Apurímac-1)

“Algunas municipalidades pasaron a OMAPED la Red y continuaron trabajando desde allí, pero las demás que ya no tuvieron presupuesto, se quedó en nada. Entonces, incorporar de repente presupuesto tanto en municipalidad como en sector salud para articular y seguir trabajando en el marco de esta Red que no está mal, ¿no? porque nos ayuda a nosotros como salud, identificar personas de nuestra jurisdicción que no están accediendo a salud y no acceden porque no conocen el establecimiento, porque tienen muchas dificultades o porque no saben leer o escribir o no tienen un teléfono o un celular, entonces, se les busca porque gracias a la Red actualizamos un poco los domicilios, actualizamos un poco los teléfonos, ¿no?. Mejoramos también esa parte como salud, ¿no?”

- (MINSa, Lima-1)

“El personal que tenemos nosotros contratado para el Centro Integral del Adulto Mayor, era nuestro apoyo principal, porque esta persona solicitaba las citas de acuerdo a las alertas, a través de Serenazgo la movilidad de Serenazgo, llevábamos las medicinas a domicilio, porque muchos adultos mayores la familia no le daba el apoyo. A través de los actores sociales, le puedo indicar que se atendían las llamadas y también les daban sostenibilidad emocional, porque encontramos muchos cuadros de depresión, a adultos mayores aislados, o muchos de ellos sin familia, o la familia llegaba una vez por semana o al mes, y caían en cuadros de depresión bastante alto”

- (GL, La Libertad-1)

Se han identificado buenas prácticas que pueden convertirse en una metodología de trabajo multidisciplinario e intersectorial. La articulación de esfuerzos para atender a la población generó procesos conjuntos de capacitación en los cuales cada sector aportaba desde su expertise:

“... por ejemplo, se veían temas muy técnicos, el equipo especializado MIDIS y MINSa nos daban la información; yo como educadora de formación, daba como la pauta didáctica y pedagógica para que ese contenido fuera más digerible para el voluntario; y trabajamos de la mano con organismos, tales como Juguete Pendiente, la gente de UPC que nos brindaron especialistas, psicólogos que nos brindaron charlas, por ejemplo de resiliencia, trabajo en equipo, de atención de emergencia para fortalecer la labor del voluntario”

- (BICENTENARIO-1)

Se identificaron también, durante las entrevistas, algunas iniciativas sectoriales que convergen naturalmente como servicios potenciales de la Red, y que podrían ser el punto de partida de una futura articulación. Por ejemplo, el hecho de que el SIS haya iniciado la dotación de recursos al nivel primario de atención y no sólo a hospitales.

“Por ejemplo ya venimos en los últimos tres años el SIS, donde se veía que la distribución del dinero del SIS solamente iba a los hospitales, ahora lo hemos cambiado, ahora va más a al primer nivel de atención porque necesitamos que la gente se enferme menos que no haga secuelas, porque eso nos cuesta más, entonces eso parece que va a tener resultados”

- (SIS-3)

El MINSa tiene definido un paquete de atención integral para adultos mayores, que requiere ser desplegado en la comunidad.

“Es el paquete de atención integral, es ese mismo paquete de atención integral pero ahora un poco más actualizado considerando no solamente la enfermedad sino las condiciones existentes alrededor del adulto mayor, sobre todo dándole más fortaleza a la etapa no solamente de salud física sino a la etapa de salud mental y salud comunitaria, que esa es otra figura, ahí vamos a ver salud integral, salud comunitaria, ¿Cómo está el entorno de las familias alrededor de ese adulto mayor? y ¿Cómo está esa comunidad alrededor del adulto mayor?”

- (MINSa-3)

Se encuentra también que los CIAM tienen las facultades, de acuerdo a ley, para articular acciones en favor de los adultos mayores.

“Como CIAM, de acuerdo a la ley, nos faculta un poco articular con varias instituciones, MIDIS, MINSa, lo que es de repente articular con los productivos, nosotros ya habíamos tenido un convenio con el hospital por eso nosotros tenemos aquí en el CIAM, un espacio para que se pueda atender una consulta médica, entonces hemos articulado para cuatro años con el hospital, mediante un convenio y sin embargo, prácticamente con esta pandemia no se ha cumplido eso, porque nosotros teníamos programado para cada tres meses o de repente dos veces al año, por lo menos vengan especialistas a revisar a los adultos mayores, en lo que es oftalmología, odontología, o de repente hacer un descarte, pero especialistas que realmente les traten a los adultos mayores, porque cuando van a hacer consultas en la posta, muchas veces no se les atiende como debería ser al adulto mayor, muchas veces les dan una medicina, o no tengo eso, no vengas a diario, precisamente para evitar esto, el CIAM ha propuesto esto, hacer como un taller, un tópico, para donde los puedan atender a los adultos mayores”

- (GL, Puno-1)

7. CONCLUSIONES

7.1 Sobre el diseño

El diseño respondió a la finalidad de ayudar en la prevención, mitigación y control de la COVID-19 en poblaciones vulnerables tales como adultos mayores y personas con discapacidad severa. Además, la Red generó información sobre la situación de la población atendida, lo que permitió identificar otras necesidades, en particular la de acompañamiento soporte socioemocional, y alertas de distinta naturaleza (otras enfermedades, necesidad de asistencia alimentaria, riesgo de abandono y violencia).

En cuanto a su diseño, La Red AMACHAY respondió a un vacío previo existente en la prestación de servicios del Estado a grupos específicos que constituyen poblaciones vulnerables- y más en el caso de la pandemia de la COVID-19-, llámese adulto mayor y personas con discapacidad severa, con comorbilidades. A diferencia de otras acciones puestas en marcha durante la pandemia que vinieron a adaptar, complementar, fortalecer y/o extender servicios entregados por el Estado, el caso de la Red AMACHAY responde a la necesidad de proveer nuevos servicios (provisión entendida tanto como la entrega directa, así como la articulación y agilización de la entrega de servicios) a la población identificada como más vulnerable. Entiéndase aquí por servicio público a las acciones del Estado que producen, de forma directa o indirecta, un beneficio justo y legal a un ciudadano que ha de recibirlo.

Esta distinción entre nuevos servicios (identificando un problema público no resuelto) y el caso donde se dio una adaptación o ampliación de servicios es fundamental para justificar la necesidad de continuar con la política pública iniciada con la Red AMACHAY.

El diseño combinó experiencias exitosas anteriores del MIDIS, pero no una teoría de cambio sino más bien una población objetivo y un problema a resolver. Dada la situación inédita de la emergencia por la COVID-19, se tuvo que construir la intervención sobre la marcha, situación que fue el común denominador para todas las intervenciones nuevas e incluso para la adaptación de las que ya existían. No obstante, en su conjunto, las decisiones tomadas fueron acertadas en tanto el diseño de la Red se basó en muchas experiencias exitosas, documentadas y conocidas por los distintos actores de la gestión pública en el país. La rapidez del diseño y despliegue, la flexibilidad y la atención a la emergencia son valores largamente superiores en términos de beneficios.

Una de las características más importantes de la Red es su construcción a partir de una lógica territorial. Se optó por llegar al territorio vía Gobierno Local, lo que permitió una llegada rápida y dando cobertura a un gran número de usuarios de la Red. El contacto inicial con los usuarios de la Red y los Gobiernos Locales permitió “mapear” la casuística y la frecuencia de adversidades y problemas de los usuarios. También permitió identificar cuáles intervenciones concretas funcionaban y cuáles no.

El diseño general de la Red estuvo centralizado en el nivel nacional, y principalmente a cargo del MIDIS. Algunos de los otros sectores del nivel nacional señalan haber sido consultados y participado cuando fueron convocados para la

implementación. Ello generó algunas fricciones específicamente con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables dado que la existe una zona gris con respecto a las competencias de MIDIS y MIMP en cuanto a la población atendida: adultos mayores y personas con discapacidad. Ello también se evidencia en la disparidad entre la cobertura de las intervenciones y programas entre las dos instituciones (debido a las magnitudes de crédito presupuestario recibido por ambas instituciones).

7.2 Sobre la implementación de los procesos de la Red

En cuanto a su implementación, encontramos que los procesos varían en términos de madurez, estandarización y eficacia. A continuación, repasamos un balance de los principales procesos estudiados.

Consideramos un importante acierto comenzar con una identificación nominal de usuarios, lo que permite identificar magnitudes, necesidades específicas y hacer seguimiento a las necesidades concretas de la población. Sin embargo, encontramos que la identificación de los usuarios presentó algunas dificultades, tales como la complejidad de entrelazar y administrar diferentes fuentes de información, que de por sí son dinámicas en el tiempo, junto a la ineludible atención a la protección de datos personales, esto plantea la necesidad de establecer mecanismos para que todas las entidades puedan compartir información de forma segura, ágil, oportuna y ordenada. En el segundo año (2021), el proceso de identificación de usuarios dio mayor autonomía e iniciativa a los Gobiernos Locales en cuanto a la posibilidad de incluir usuarios. Esa flexibilidad permitió una desconcentración y redistribución de las tareas.

Ya el proceso de Seguimiento Nominal estuvo a cargo de los gobiernos locales, donde las transferencias presupuestales en los años 2020 y 2021 permitieron contratar personal para dar cumplimiento a esta tarea. Encontramos un alto grado de estandarización en el proceso. Sin embargo, la principal limitación fue la brusca reducción del presupuesto en el año 2021, donde se contrató una fracción del personal que había sido parte en el 2020, lo que disminuyó la cobertura de la Red en términos de cobertura y periodicidad de llamadas.

El servicio de Consejería y orientación en prácticas saludables fue un servicio recurrente que se prestaba junto a las llamadas de seguimiento a los usuarios; brindando información sobre cuidados de salud frente a la COVID-19, así como otras recomendaciones de nutrición, limpieza de la casa, así como identificación de potenciales casos de violencia. Fue un proceso valorado por los usuarios tanto por el aspecto práctico de ayuda directa (orientación y consejería, ayuda en salud y alimentos) así como por el soporte emocional brindado. La Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social ocurrió como parte del Seguimiento nominal, donde ambos procesos se encuentran entrelazados.

Luego del fin del financiamiento en el año 2021, la consecuencia inmediata fue la reducción brusca en el número de municipalidades que pudieron mantener el servicio y la ausencia de estos gestores retrasó el proceso y las coordinaciones necesarias para atender con celeridad al paciente.

En cuanto al proceso de soporte, monitoreo y datos, el año 2020 los distintos sectores nacionales trabajaban a partir de

reuniones de coordinación donde los sectores reportaban sus avances y se coordinaban acciones; progresivamente el MIDIS desarrolló una plataforma en la cual cada sector comienza a subir información según sus competencias. La plataforma fue mejorando a medida que fue siendo usada, sin embargo, no todos los actores reconocen hacer uso de esta; una de las mayores dificultades es la unificación de la información para la gestión donde, por ejemplo, representantes de MIMP y de ESSALUD expresan que hacen uso de sus propios sistemas y no de la plataforma de la Red Amachay.

Sobre el proceso de Articulación intersectorial e intergubernamental, ésta se dio en dos niveles distintos. En el nacional, en términos de coordinación y gestión; y en el territorio, a cargo de los representantes de cada sector en terreno, cada uno desde su rol y en coordinación con el gobierno local. Encontramos que, en el año 2020, la articulación intersectorial fue más eficiente y rápida debido, principalmente, a la asignación de un mayor presupuesto asignado a los distintos sectores, donde había puntos focales dedicados a la Red. Ya en el año 2021, el presupuesto para los sectores desapareció, por lo que se nombraron puntos focales a personas que ya tenían un cargo y responsabilidades en aquellas instituciones, lo cual ralentizó el proceso de atención al usuario.

El Rol del Gobierno Regional en la Red fue relevante en la medida de que la responsabilidad de la entrega de los servicios públicos de Salud se encuentra bajo su ámbito. Sin embargo, la gran mayoría de los entrevistados, tanto del nivel regional como del nivel local, concuerdan en afirmar que los gobiernos regionales no han tenido un rol más allá del realizado por su sector Salud. Todos los entrevistados identifican el rol del Gobierno Local en la Red como cardinal tanto por el diseño de esta, así como en el éxito de la implementación de la Red. Son los Gobiernos Locales que funcionan con articuladores de las demás organizaciones en el territorio.

En síntesis, encontramos dos aspectos que facilitan (en caso de estar presentes) o limitan (en caso de su ausencia) los procesos: el financiamiento disponible y la experiencia previa de articulación que viene de otros programas. Otro aspecto que aparece como importante es la percepción-no ajena a la realidad- que se trata de una estrategia que viene lista desde nivel nacional y a la entidad local sólo le toca implementar. Este hecho puede ser un factor favorable o una limitación.

7.3 Percepción y experiencia de usuarios

Los distintos usuarios entrevistados que recuerdan la Red Amachay mostraron una valoración favorable a recibir llamadas de seguimiento, tanto por el lado subjetivo- soporte emocional- así como, por el objetivo- consejos y ayuda material recibidos. Dentro de los usuarios entrevistados, el soporte emocional es lo más valorado, y es entendido dentro del marco de dificultades de los usuarios debido a su deterioro de la salud mental, y la experiencia de soledad magnificada por el aislamiento físico.

También encontramos un caso concreto de una beneficiaria quien fue trasladada a un hospital para su tratamiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se observó que alguna persona haya manifestado que hayan identificado en ella un peligro o riesgo mediante las llamadas. Esto puede deberse a la reducida muestra de usuarios de la Red entrevistados.

8. RECOMENDACIONES FINALES

Presentamos aquí reflexiones y recomendaciones de cara al rediseño de la Red, considerando que las circunstancias actuales difieren significativamente en relación con el momento de creación de la Red. También presentamos recomendaciones de implementación de esa ruta.

8.1 Diseño de la red

8.1.1. En el corto plazo

- De cara a un contexto diferente postpandemia, y en base a la experiencia en general positiva de la Red así como de las lecciones aprendidas, proponemos un rediseño de la Red, que pueda ser implementada en un escenario de escasez de recursos mediante proyectos pilotos, basados en las instituciones locales operantes como CIAM y OMAPED, y en el marco del desafío de construir consensos técnicos y políticos de cara a la maduración progresiva como país – trascendiendo las disputas sectoriales – de una política integral de protección y cuidado de las personas adultas mayores y con discapacidad, que integre los distintos aspectos necesarios tales como salud, asistencia, subsistencia, entre otros.
- Proponemos un rediseño de la Red, entendiéndola como un conjunto de políticas que promueve una organización social de cuidados a las personas vulnerables, y es capaz de generar y articular servicios adecuados y oportunos de cuidado – guardando estándares de calidad-, así como también un conjunto de políticas y acciones articuladas en términos de regulaciones, formación de los recursos humanos, políticas de gestión de la información y el conocimiento. Finalmente, el sistema de cuidado ha de abarcar a personas que requieren cuidado y también a los cuidadores.
- El rediseño de la Red ha de mantener los aspectos esenciales de identificación/seguimiento y articulación territorial. Los demás elementos pueden ser de naturaleza sectorial, priorizando Salud y Protección Social, dejando flexibilidad a los territorios para su implementación progresiva.

Se puede entender a la Red Amachay como la combinación de 5 componentes, señalados a continuación:

- a) Identificación y seguimiento de usuarios en sus diversas necesidades para acercar, facilitar y promover su acceso a los distintos servicios que puedan recibir.
- b) Articulación de la oferta del Estado ya existente (en distintos grados de institucionalidad) de acuerdo con la demanda de la población (ejemplos: ayudas de alimentos, inscripción en SIS).
- c) Creación y gestión de nuevos servicios ad hoc (consejería telefónica).
- d) Gestión de la Red (gestión de la información, capacitación, seguimiento y monitoreo, presupuesto, etc.).
Implantación y fortalecimiento de capacidades en Gobiernos Locales.

Consideramos que a) y b) constituyen los elementos imprescindibles que deben ser mantenidos en futuros rediseños o adaptaciones de la Red.

Los **procesos** que consideramos esenciales, y que debieran ser mantenidos en el futuro, son la identificación/seguimiento de usuarios; y la lógica de articulación territorial. Consideramos que la identificación debe ser un proceso permanente, con un flujo de información en dos sentidos (desde el sector nacional hacia el local, y del local hacia el nacional). Debe caracterizarse por ser un proceso lo más automatizado, en tiempo real y accesible a los actores principales de la Red. En base a eso, el seguimiento a usuarios puede ser realizado de forma oportuna y contextualizada, diferenciando las necesidades permanentes de las puntuales, así como la gravedad de estas. Por último, la articulación territorial implica necesariamente el proceso de entender las brechas existentes entre las demandas y necesidades de la población y los servicios que existen o que faltan, y buscar así soluciones institucionales o alternativas a ellos.

La **articulación intersectorial** implica un proceso político y técnico que debe ser liderado por una institución y personas con capacidad para asumir el reto de construir consensos y movilizar las entidades hacia una meta común. Consideramos que, en el contexto actual, el MIDIS tiene la mayor cantidad de ventajas en relación con el MIMP: cuenta con mayor cobertura y equipos en el territorio, ya sea a través de País como de los demás programas sociales; viene liderando importantes políticas intersectoriales como el DIT; tiene la secretaría técnica del CIAS; entre otros.

A la vez, la articulación implica identificar puntos en común con los demás sectores, ya sea en términos de políticas sectoriales (por ejemplo, el paquete de servicios integrales para adultos mayores del MINSA; o la facultad legal de los CIAM de articular con otros sectores), ya sea en términos de liderar un proceso de construcción de una política pública que se consolide en el tiempo.

- El proceso de diseño debiera partir de la creación de un consenso técnico, así como de compromiso político de los distintos actores nacionales (MIMP, MIDIS, Salud, EsSALUD, etc.) en conformar una Red de protección social para poblaciones vulnerables de forma permanente. En el proceso surgieron también instituciones/proyectos aliados que debieran ser parte de un diseño que pueda incluir sus contribuciones tales como Proyecto Bicentenario y MIMDEF.
- En ese proceso, el rol protagónico del MIDIS tiene que ser calibrado para dar espacio a otras instituciones, especialmente el MIMP, aunque no debiera desaparecer. El balance propuesto es complejo y puede ser precario, pero consideramos que el MIDIS tiene más posibilidades de liderar con éxito un diseño de una red de Protección que el MIMP, dado su menor capacidad institucional.
- Consideramos necesario hacer una distinción de las diferentes poblaciones objetivo de tal modo que se atienda de manera específica a sus necesidades (por ejemplo, ruta de identificación de condición de discapacidad severa requiere certificados médicos; o por ejemplo, personas adultas mayores con demencia requieren cuidados durante todo el día).

- Diferenciar poblaciones implica poder identificar las necesidades específicas de cada población. Ello implica entender a la población y sus necesidades a nivel del territorio, diferenciando en términos de magnitud, distribución geográfica, perfiles de grupos poblacionales homogéneos. Implica evaluar si bases de datos actuales (Censo, ENDES, ENAHO) son suficientes para capturar necesidades con una mirada integral (salud, cuidado, rehabilitación, economía/trabajo, hogar) y desde la familia. Muchas preguntas pueden realizarse para evaluar si la información existe. Por ejemplo: ¿Cuánto se demora en obtener una prótesis?, ¿cuántas personas con discapacidad no tienen hogar?, ¿cuántas familias con dependencia económica de adulto mayor?, ¿cuáles son los costos de hospitalización (social) de adulto mayor?

- Desarrollar un marco normativo que respalde y oriente el trabajo de la Red, para darle sostenibilidad y evitar dudas sobre el alcance de las competencias; al parecer ese planteamiento surge en base a la experiencia debido a que lo inusual del trabajo y el carácter de urgencia, generaba con frecuencia situaciones ante las cuales no se contaba con un respaldo. Esto permitiría darle continuidad bajo el formato de un programa de incentivos municipales:

“La idea es que tengamos un marco normativo que les de respaldo legal a que las entidades se involucren en la red AMACHAY (...). Yo creo que la red debería convertirse en un componente, debería ser como un modelo asignado a la municipalidad, un modelo de trabajo que permita tener un padrón al gobierno local, hacer seguimiento en el padrón y canalizar los servicios de manera articulada con sus socios territoriales... y que esto se constituya probablemente en términos de Estado, como parte de un sistema de incentivos, premiar a los gobiernos locales que trabajen la agenda de Adultos mayores y personas con discapacidad, y que por ello reciban transferencias presupuestales, reconociendo esa labor... repetir el modelo de transferir recursos y decirles que trabajen es muy mala idea, sobre todo de una posible irregularidad, salvo que estemos necesariamente en una situación de emergencia, sino ya en un hecho por pandemia... y que el Estado reconozca el trabajo territorial a través de transferencias, pero por producto de resultados alcanzados”

- (PAIS-1)

- Redefinir el rol de los Gobiernos Regionales en términos de funciones a cumplir y actores, dando mayor rol a los COREPAN.

8.1.2. En el mediano plazo

- Diseño de progresión planificada de la Red hacia consolidarse como política pública. El mejor ejemplo es el DIT, donde se puede trazar una ruta que comienza con un proyecto de cooperación (EUROPAN), que da lugar a un programa presupuestal (PAN), al uso de diversos mecanismos de gestión (FED, PIM) y evaluación, a la construcción de un consenso técnico que lleva a la elaboración de los Lineamiento DIT, y que da lugar al actual Programa Presupuestal DIT. Ello implicó compromiso y liderazgo de gestores públicos, equipos técnicos en posiciones claves (MEF/MINSA/MIDIS) y el

acúmulo de evidencia empírica y de resultados. Ello implica la elaboración de una ruta en términos de comprender subpoblaciones, investigación para la creación de servicios por crearse de acuerdo con necesidades, junto al piloteo de iniciativas que den respuesta a ellas.

- Ese diseño ha de considerar en los diversos componentes que hacen parte de un sistema de cuidados y protección. A modo de ejemplo, veamos cómo Uruguay estructuró su política con distintos ejes tales como servicios, regulación, formación, comunicación, entre otros.

“ Cuando yo te decía que armar un sistema de cuidados particular requiere, no solo la implementación de servicios sino los componentes de regulación sino los componentes de regulación, formación, gestión de la información, comunicación. Bueno el componente de la formación, es un componente básico porque hay que formar a las personas que cuidan para asegurar que den un servicio de calidad. Nosotros empezamos la estrategia de formación con los trabajadores y trabajadoras remuneradas de cuidado, no con las personas que cuidan en las familias porque queríamos promover la creación de servicios de asistentes personales y para eso necesitaba tener cuidadores que tuvieran capacitación para brindar ese servicio. Entonces, lo primero que hicimos fue diseñar un currícula de información que no había en el país para atención a la dependencia. Sí había currícula de información para la atención de niñas y niños, pero no para atender a personas mayores con discapacidad, ni situación de dependencia. Los cuidadores y asistentes personales no son funcionarios del Estado. Eso es algo importante que debe entenderse ”

- (Uruguay-1)

atención, ayuda específica salen de ese nivel, y no de una base de datos universal.

- Diseñar un mecanismo de gestión para que la Red pueda ofrecer y abarcar alternativas para lidiar con la heterogeneidad de municipios, que incluya, entre otros:
 - Redefinición de criterios priorización/focalización que no sean homogéneos.
 - Identificación de necesidades específicas de la población a nivel territorial.
 - Identificación de servicios priorizados de acuerdo con oferta y necesidades.
- Otro aspecto por mejorar es a nivel tecnológico, para tener respuestas más inmediatas; se demanda mayor automatización de los procesos e intercambio de información:

“ Yo decía que ciertas cosas se tenían que automatizarse, el mismo aplicativo para que vean una respuesta de manera automática, porque pasaba un proceso que me indicaba que tenía que escribirlo, pasarlo, llenarlo y estábamos hablando de horas... algo que podía hacerse en segundos dar esa alerta...”

Se podría fortalecer la interoperabilidad que a veces no se está dando muy bien, porque ustedes tienen información muy buena y que por parte de otros sectores no puedan compartir ustedes, y pueda ser de mucha utilidad, o viceversa, hay información muy buena en otros sectores y no la puedo compartir porque exista esa restricción ”

- (SIS-1)

8.2 Implementación de Red

8.2.1. A nivel nacional

- Se recomienda insertar y/o adaptar mecanismos existentes en la política pública que permitan sentar las bases para la consolidación y crecimiento de la Red. Especial énfasis se sugiere en mecanismos de incentivos que permitan reordenar los recursos existentes (aunque escasos) de gobiernos locales hacia la identificación y mapeo de potenciales usuarios (probablemente categorizados en cuánto a riesgo y dependencia) y posibles ofertas de servicios. Puede usarse el Programa de Incentivos Municipales u otros mecanismos de incentivos incorporados en los Programas Presupuestales.
- Desarrollar una ruta a seguirse para la construcción de una base de información actualizada, que debe apuntar, en el largo plazo, a la interoperabilidad de los sistemas. A modo de ejemplo, en el sistema inglés de salud (NHS), los servicios primarios (conocidos como GPs) son los que tienen la información de los pacientes de su área de cobertura. Ello implica que la información es dinámica y puede cambiar (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer ocurre y es automáticamente incluida en el sistema de información). Las alertas de aislamiento, prioridad de

8.2.2. A nivel local

- Seleccionar algunos Municipios que sirvan de piloto y de futuros casos de éxito, donde se den las condiciones más favorables para el despliegue de la Red, a saber, decisión política, capacidad técnica, disponibilidad de recursos humanos y o presupuestal. La Red tenderá a tener más éxito en aquellos lugares donde ya exista una oferta instalada de servicios, lo que la hace limitarse a las áreas urbanas más grande del país, al menos en una primera etapa.
- En esos Municipios, se recomienda realizar un mapeo en el nivel territorial (a partir de los Gobiernos Locales) tanto de las necesidades de la población como de la oferta del Estado y de otras organizaciones. Por ejemplo, es importante distinguir entre el seguimiento nominal y gestión de alertas de la consejería, que ha de ser considerado como un servicio de soporte emocional, promoción de salud y educación en temas relevantes a la población.
- Desarrollar capacidades en esos gobiernos locales, unido a la identificación de aquellos que podrían hacer parte de una etapa inicial debido a la presencia de algunas condiciones favorables tales como mayor disponibilidad de recursos humanos y financieros, un área de desarrollo social más desarrollada, la presencia de otras instituciones ya consolidadas en el territorio.

- Diseñar protocolos que permitan que los Centros de Atención al Adulto Mayor y las Oficinas Municipales de Personas con Discapacidad tengan un rol protagónico en la articulación de servicios atendiendo las necesidades específicas de sus poblaciones.
- Sistematización de las distintas experiencias que podría brindar elementos para la sostenibilidad futura de la Red y ayudar a tomar mejores decisiones, como por ejemplo resolver temas de rectoría que han surgido de manera recurrente en las entrevistas.
- Desarrollo de elenco de condiciones mínimas para el éxito de la Red en territorio:
 - Área/personal dedicado a la implementación, tanto en el seguimiento como en la articulación de los servicios. En base a la experiencia de la Red, es claro que la inmensa mayoría de Gobiernos Locales no cuenta con recursos financieros, humanos ni tampoco con la organización para la activación de la Red en su territorio.
 - La presencia de puntos focales (especialmente en dependencias de Gobierno Regional y Local) con capacidad de movilización en las distintas instituciones es una condición importante para el funcionamiento de la Red.
 - Desarrollo y cumplimiento de protocolos que mapeen procesos de articulación y seguimiento a casos.
 - Identificación y seguimiento nominal de población priorizada que pueda ser atendida en cuanto las capacidades locales sean limitadas.
- Impulsar proyectos piloto con incentivos financieros. A modo de ejemplo recurrimos al proceso de diseño de una Red semejante en Chile, donde se creó un Fondo para fomentar iniciativas locales, adaptadas a su contexto, y que luego fueron documentadas y sistematizadas, y luego las más exitosas fueron transformadas en políticas públicas del nivel nacional.

“Entonces, dado ese fondo de iniciativas locales se levanta a nivel país 31 proyectos donde hay una diversidad de servicios que los municipios estaban entregando a través de financiamientos propios. Entre ellos, servicios de acompañamiento psicológico. Uno podría decir: “¿pero por qué? Si para eso existe salud”. Salud tiene los cupos rentados, tiene que ir al consultorio. Un dependiente no puede salir de su casa si es severo y al revés. Tiene que recibir, en definitiva, asistencia personal en el hogar.

Estas iniciativas nos fueron mostrando qué tipo de acciones eran fuera del marco de salud pero que eran necesarias para que estas personas al interior de su hogar vuelvan a tener un proyecto de vida, por decirlo de alguna forma; a recuperarse desde la salud y, más que recuperarse, porque las dependencias no tienen vuelta atrás. Prácticamente, lo que puedes hacer es mantener condiciones para proyectar que tú no pases de moderado a severo en tan corto tiempo, pero no es retroactivo, sino que

la terapia, cualquiera sea que realices, vayas a volver a ser un individuo totalmente autovalente, porque hay una condición de salud de por medio.

Y se generaron, entonces, como estrategias, como programas que iban a ser parte de este subsistema, 4 opciones que era aquello que tenía que ver”

- (CHILE-2)

- Desarrollar un piloto de soporte emocional. Los actores sociales y los coordinadores manifiestan que el usuario requiere de beneficios o servicios de recreación, atención psicológica (tanto para el usuario como para el cuidador) y terapias físicas en casa. Se puede dar una atención en línea especializada en consejería psicológica y medicina, de esa forma, los adultos mayores o sus cuidadores podrían llamar con facilidad a tal línea y poder ser atendidos por personas técnicamente preparadas.

“Consulta en línea, si yo soy un beneficiario de AMACHAY y pues tengo algún tipo de problema duda que la red tenga un personal quizás y ellos llamen, llama a este número y ellos te van a atender, ayudar. Mira soy un beneficiario, toma mi DNI, verifica, una vez que verifican les dices tu duda y te puedan ayudar con tus dudas, eso ayudaría bastante ”

- (Coordinador, San Martín-1)

9. REFERENCIAS

- Aredes, J. et al. (2021) 'Integrated care in the community: the case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Program) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA', *International Journal of Integrated Care*, forthcoming.
- Bando, R., Galiani, S. & Gertler, P.J. (2020) 'The Effects of Noncontributory Pensions on Material & Subjective Well-Being', *Economic Development & Cultural Change*, 68(4).
- Baxter, S. et al. (2018) 'The effects of integrated care: A systematic review of UK & international evidence', *BMC Health Services Research*, 18(1), pp. 1–13. doi:10.1186/s12913-018-3161-3.
- Briggs, A. & Araujo de Carvalho, I. (2018) 'Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: A global Delphi consensus study', *PLoS ONE*, 13(10), pp. 1–16.
- Cattan, M. et al. (2005) 'Preventing social isolation & loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions', *Ageing & Society*, 25(1), pp. 41–67. doi:10.1017/S0144686X04002594.
- Choi, N.G. et al. (2014) 'Six-month postintervention depression & disability outcomes of in-home telehealth problem-solving therapy for depressed, low-income homebound older adults', *Depression & Anxiety*, 31(8), pp. 653–661. doi:10.1002/da.22242.
- Frost, R., Nimmons, D. & Davies, N. (2020) 'Using Remote Interventions in Promoting the Health of Frail Older Persons Following the COVID-19 Lockdown: Challenges & Solutions', *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), pp. 992–993. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.038.
- Galiani, S., Gertler, P. & Bando, R. (2016) 'Non-contributory pensions', *Labour Economics*, 38, pp. 47–58. doi: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.
- Kolt, G.S. et al. (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(7), pp. 986–992. doi:https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01203.x.
- Lloyd-Sherlock, P. et al. (2019) 'Meeting the complex challenge of health & social care provision for rapidly-ageing populations. Introducing the concept of "avoidable displacement from home"', *Cadernos de saúde pública* [Preprint].
- Lloyd-Sherlock, P. & Agrawal, S. (2014) 'Pensions & the health of older people in South Africa: Is there an effect?', *Journal of Development Studies*, 50(11), pp. 1570–1586. doi:10.1080/00220388.2014.936399.
- M., J., F., B. & H., B. (2003) 'International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), pp. 222–235. doi:10.1002/gps.819.
- Marx, W. et al. (2018) 'Is telehealth effective in managing malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review & meta-analysis', *Maturitas*, 111, pp. 31–46. doi:10.1016/j.maturitas.2018.02.012.
- Panagiotti, M. et al. (2018) 'Is telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness & cost-effectiveness using a "trial within a cohort"', *BMC Medicine*, 16(1), p. 80. doi:10.1186/s12916-018-1051-5.
- Pega, F. et al. (2017) 'Unconditional cash transfers for reducing poverty & vulnerabilities: Effect on use of health services & health outcomes in low- & middle-income countries', *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Preprint], (11). doi:10.1002/14651858.CD011135.
- Ramos Bonilla, G (2021). Elaboración de Nota Conceptual para la sostenibilidad de la Red AMACHAY. Lima: MIDIS Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- Salinas-Rodríguez, A. et al. (2014) 'Impact of the non-contributory social pension program 70 y mas on older adults' mental well-being', *PLoS ONE*, 9(11), pp. 1–10. doi:10.1371/journal.pone.0113085.
- Sempé, L y Lloyd-Sherlock (2021) Evaluación del protocolo de visitas domiciliarias de Pensión 65 durante COVID-19. CIES. https://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/evaluacion_del_protocolo_de_visitas_domiciliarias_de_pension_65_durante_COVID-19.pdf
- Sempé, L., Billings, J. & Lloyd-Sherlock, P. (2019) 'Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review', *BMJ Open*, 9(e030687).
- Smith, T.L. & Toseland, R.W. (2006) 'The Effectiveness of a Telephone Support Program for Caregivers of Frail Older Adults', *The Gerontologist*, 46(5), pp. 620–629. doi:10.1093/geront/46.5.620.
- Vestergaard, S., Kronborg, C. & Puggaard, L. (2008) 'Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: a randomized controlled trial', *Aging Clinical & Experimental Research*, 20(5), pp. 479–486. doi:10.1007/BF03325155.
- Willmore, L. (2007) 'Universal Pensions for Developing Countries', *World Development*, 35(1), pp. 24–51. doi:10.1016/j.worlddev.2006.09.008.

10. ANEXOS

10.1. Listado de documentos normativos

Tipo de documento	Nombre del documento	Número	Fecha de creación	Instancia rectora
Decreto de Urgencia	Decreto de Urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del Coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional.	DU N°026-2020	15.03.2020	Presidencia de Consejo de Ministros
Decreto Supremo	Decreto Supremo N°005-2020-MIDIS. Aprueban el diseño de la Red de Soporte para la persona adulta mayor con alto riesgo y la persona con discapacidad severa.	DS N°005-2020-MIDIS	18.03.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Resolución Ministerial de autorización de transferencia financiera a favor del Ministerio de Salud, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de los Gobiernos Regionales y de los Gobiernos Locales.	RM N°069-2020-MIDIS	11.04.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Viceministerial	“Manual para la Implementación a Nivel Local de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, para la prevención y control de la COVID-19-19”	RV N° 01-2020-MIDIS/VMPES	24.04.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Resolución Ministerial N°066-2020-MIDIS. Aprobación de la Directiva N°005-2020-MIDIS denominada “Documento técnico para la implementación de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, frente a la COVID-19”.	RM N°066-2020-MIDIS	06.04.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Resolución Ministerial N° 088-2020-MIDIS. Modifican el Anexo N° 04 de la R.M. N° 069-2020-MIDIS, “Conceptos previstos para las Transferencias Financieras del MIDIS a entidades”.	RM N° 088-2020-MIDIS	19.05.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Modificatoria el Anexo N° 04 de la R.M. N° 069-2020-MIDIS, “Conceptos previstos para las Transferencias Financieras del MIDIS a entidades”.	RM N° 098-2020-MIDIS	06.07.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Decreto Supremo	Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N° 005- 2020-MIDIS que establece el diseño de la Red de Soporte para la persona adulta mayor con alto riesgo y la persona con discapacidad severa.	DS N° 008-2020-MIDIS	14.07.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Decreto de Urgencia	Decreto de Urgencia que aprueba intervenciones temporales del Ministerio De Desarrollo e Inclusión Social para el año 2020 frente a La pandemia de la COVID-19-19.	DU N° 095-2020	11.08.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Decreto Supremo	Decreto Supremo que aprueba los “Lineamientos para la implementación de las intervenciones temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para el año 2020 frente a la pandemia COVID-19” en el marco de lo dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 095-2020.	DS N° 010-2020-MIDIS	20.08.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Tipo de documento	Nombre del documento	Número	Fecha de creación	Instancia rectora
Resolución Ministerial	Autorizan transferencia financiera a favor del Ministerio de Salud, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, de los Gobiernos Regionales y de los Gobiernos Locales, para la contratación de bienes y servicios necesarios y complementarios con la finalidad de continuar con la implementación de la Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa.	RM Nº 133-2020 -MIDIS	27.08.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Aprueban la modificación al Paquete de Servicios Priorizados para las Personas Adultas Mayores con Alto Riesgo y Personas con Discapacidad Severa.	RM Nº 146-2020 -MIDIS	10.09.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Aprobación de la Directiva N° 007-2020-MIDIS denominada "Documento Técnico para la implementación de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, frente a la COVID-19".	RM Nº 147-2020 -MIDIS	10.09.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Viceministerial	Aprobación de la Directiva para la Gestión del Padrón Nominado de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor de Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, frente a la COVID-19".	RV N°002-2020 -MIDIS/VMPES	12.10.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Viceministerial	Aprobación del Manual para la Implementación a Nivel Local de la Red de Soporte para la Persona Adulta Mayor de Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa, para la prevención y control a la COVID-19".	RV N°003-2020 -MIDIS/VMPES	02.12.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Decreto de Urgencia	Decreto de Urgencia que dicta medidas complementarias en materia de atención de personas en situación de vulnerabilidad, Entre otras, en el Marco de la atención de la emergencia sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19).	DU Nº 017-2021	06.02.2021	Presidencia de Consejo de Ministros
Decreto Supremo	Decreto Supremo que aprueba el diseño y estrategias de la Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa.	DS Nº 003-2021 -MIDIS	19.03.2021	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Aprobar la Directiva N°-2021-MIDIS denominada "Directiva para la implementación de la Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa".	RM Nº 066-2021 -MIDIS	24.04.2021	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Resolución Ministerial	Aprobación de la Directiva N°-2021-MIDIS denominada "Directiva para la Gestión del Padrón Nominado de la Red de Soporte para el Adulto Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa".	RM Nº 091-2021 -MIDIS	27.05.2021	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Informe	Criterios y metodología empleados para la construcción del Padrón Nominado de la Red de Soporte de la Persona Adulta Mayor con Alto Riesgo y la Persona con Discapacidad Severa.	MEMORANDO N° 165-2020 -MIDIS /VMPES/DGSE	07.07.2020	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

10.2. Instrumentos de investigación

Técnica: Entrevista a profundidad
Actor: Gobierno nacional

Eje de análisis

Información sociodemográfica y de contexto

Buenos días, me llamo _____, lo llamo de parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (si no lo ubica, explicar qué es). Quisiera hacerle unas preguntas sobre la Red Amachay (IMPORTANTE POR ANOTAR: ¿reconoce el nombre?). Nos debe tomar unos 20 a 30 minutos. Será muy importante para mejorar las acciones de la Red. ¿Está de acuerdo? Necesito grabar la llamada solo para mi uso, ¿está de acuerdo? ¿su nombre no queda registrado?

- **Le voy a hacer algunas preguntas de contexto**

- ¿cuál es su nombre?
- ¿qué edad tiene?
- Sexo (si no es obvio por el nombre o voz)
- ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
- ¿cuál es su lengua materna?
- ¿cuál la institución a la que pertenece?

- **¿Qué sabe usted de la Red Amachay?**

- ¿cuál es (ha sido) su cargo en la Red?
- ¿cuánto tiempo ha estado en la Red?
- ¿qué actividades hace/hacía?

Eje de análisis

Evaluar diseño de la Red Amachay

- **¿Qué problema buscó resolver la Red Amachay?**

- **¿Quiénes participaron en el diseño de la Red Amachay en el año 2020? ¿Qué rol tuvieron?**

- ¿Quiénes participaron en el diseño el año 2021?

- **¿Cómo se definió la población objetivo?**

- ¿Cómo se hizo la priorización de la población? ¿En base a qué criterios?
- ¿Cómo se hizo la focalización de las áreas de intervención? ¿En base a qué criterios?

- **¿Qué evidencia nacional o internacional fue tomada en cuenta para diseñar la Red Amachay?**

- ¿Su diseño implicó una teoría de cambio?
- ¿Se construyó una herramienta para la teoría de cambio?
- ¿Cómo se definió los componentes de la Red Amachay?
- ¿Cómo se definió el paquete de servicios definidos por la Red Amachay?

Eje de análisis

Evaluar rol de sector de Gobierno Nacional en la implementación de la Red Amachay

- **¿Qué estrategia de gestión territorial fue considerada para la implementación de la Red?**

- ¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?
- ¿La intervención considera o explicita los roles a cumplir en los niveles central, regional y local involucrados? ¿Cómo se definieron estos roles?
- ¿Qué rol tiene su institución?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Qué rol tiene el sector (MIDIS, PAIS, MINSA, SIS, MIMP, CONADIS, ¿otros?) en la Red?**

- ¿qué hace?
- ¿quién lo hace?
- ¿cómo se organiza?
- ¿Qué roles tiene cada institución/nivel de gobierno?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Eje de análisis

Evaluar los componentes de la Red Amachay

La red tiene 4 componentes en el año 2021: **identificación de usuarios, seguimiento nominal, entrega de paquete de servicios y articulación intergubernamental/sectorial.**

- **¿Cuáles fueron los componentes definidos para la implementación de la Red Amachay en el primer año?**
 - ¿Cuáles fueron los procesos iniciales (antes de la implementación de la Red) de la Red Amachay?
 - ¿Cuáles fueron los cambios del diseño de la Red Amachay para el segundo año? ¿Qué factores determinaron dichos cambios?
 - ¿Considera que los procesos operativos definidos para la implementación en el segundo año (2021) son pertinentes y oportunos respecto a los objetivos que se propone?
- **¿Cómo ocurre la identificación de los usuarios a la Red?**
 - ¿Quiénes intervienen en la identificación de usuarios?
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue para incorporarlos?
 - ¿Existen dificultades en ello?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre el Seguimiento Nominal a los usuarios?**
 - ¿Quiénes intervienen en el seguimiento nominal?
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?**
 - ¿Cómo se implementa la estrategia de gestión territorial de la Red a nivel regional?
 - ¿Cuáles son los aspectos que se deben de mejorar en el modelo de gestión territorial y de articulación?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre la articulación intersectorial de la Red?**
 - ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre la articulación intergubernamental de la Red?**
 - ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Encuentra diferencias entre gobiernos regionales en términos de implementación de estrategias? ¿A qué se deben esas diferencias? (pedir ejemplos)**
- **¿Encuentra diferencias entre municipalidades en términos de implementación de estrategias? ¿A qué se deben esas diferencias? (pedir ejemplos)**

Eje de análisis

Evaluar el componente “paquete de servicios” de la Red Amachay

- **Las intervenciones (servicios) son:**
 - Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
 - Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (sospechosos de COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
 - Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.
- **¿Cuáles son los servicios que se brindan a través de las llamadas y visitas?**
 - ¿Quiénes hacen las llamadas en el 2020 y en el 2021?
 - ¿Cómo se definió la frecuencia de visitas y llamadas?
 - ¿Cuál es la proporción entre llamadas y visitas en el 2020 y en el 2021?

Sobre Consejería y orientación en prácticas saludables

- ¿Qué opina del servicio de consejos y orientación sobre prácticas saludables?
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué actores del Gobierno Nacional están involucrados en la entrega de Consejería y orientación de prácticas saludables?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Qué fortalezas tiene?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Existe repetición/saturación de información con todos los demás (medios de comunicación, MINSA, Gobierno Regional, etc.)?
 - ¿Han dado capacitación para dar consejos y orientación? ¿Quién se la dio? ¿Cuándo se la dieron? ¿Qué le pareció? ¿Fortalezas y debilidades?
 - ¿Existe material escrito en el que se basa para dar los consejos y orientación?
 - ¿Cuántas personas han sido atendidas?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Sobre Identificación de situaciones de riesgo de salud:

- **¿Qué opina del servicio de identificado de alertas?**
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué actores del Gobierno Nacional están involucrados en la entrega de Identificación de situaciones de riesgo de salud?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Qué fortalezas tiene?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cuántas personas han sido atendidas?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Qué ocurre cuando se identifica la alerta? (pedir 2 ejemplos)**
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Qué tipo de alertas?
 - ¿Qué se hace?
 - ¿Qué ocurre luego?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Sobre Afiliación al Seguro Integral de Salud:

- **¿Cómo es el proceso afiliación al Seguro Integral de Salud?**
 - ¿Qué actores del Gobierno Nacional están involucrados en la entrega de Afiliación al Seguro Integral de Salud?
 - ¿Qué rol tiene su sector?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cuál es la ruta? (pedir 1 ejemplo)
 - ¿Cuántas personas han sido afiliadas?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Qué tipo de organizaciones sociales de las localidades se han considerado para la entrega del “paquete de servicios priorizados” a las PAMAR y PCDS? ¿Puede dar ejemplos?**

Eje de análisis

Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la Red Amachay

- **¿Cuáles son los procesos de soporte, monitoreo y evaluación de la Red?**
 - ¿qué hacen?
 - ¿con qué herramientas/software?
 - ¿quién lo hace?
 - ¿qué resultados han tenido?
 - ¿qué mejoras se han incluido?
 - ¿qué dificultades hay en estas áreas?
- **¿Cuál es el uso que se dio al software de gestión?**
 - ¿Qué funciones tiene el software de gestión?
 - ¿Funcionó el sistema de alertas automáticas?
 - ¿Quién tienen acceso al software y a qué nivel de información?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cambios entre 2020 y 2021?
- **¿Cuáles fueron las dificultades para la implementación de la Red Amachay?**
- **¿Qué fortalezas y oportunidades de mejora identifica en la implementación de los servicios de la Red?**

- ¿Qué nuevos flujos de atención se generaron a nivel del gobierno nacional para poder implementar los servicios de la Red? (pedir ejemplos)
- ¿Qué facilidades y limitaciones tuvieron como gobierno nacional para implementar estos nuevos flujos de servicios?
- ¿Qué nuevos flujos de atención generaron los gobiernos locales para poder implementar los servicios de la Red? (pedir ejemplos)
- ¿Qué facilidades y limitaciones tuvieron como gobiernos locales para implementar estos nuevos flujos de servicios?

Eje de análisis

Rutas de protección social integral

- ¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay le interesó más a usted? ¿Por qué?
 - ¿Cuáles cree que debieran cambiar, adicionar o retirar?
- ¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que se le podría proveer desde la Red Amachay?
- ¿Qué lecciones aprendidas para la implementación de servicios se tienen a partir de la experiencia de implementación de la Red Amachay?
- ¿Cuáles fueron facilidades y dificultades tuvieron los distintos actores que formaron parte de la red Amachay para su implementación (Gobierno Local, DIRIS/DIRESA/GERESA, Red o microrred de Salud, CIAM, OMAPED, COREPAM y OREDIS)?
- ¿Qué aspectos específicos podrían modificarse (normativos, operativos, estratégicos) para mejorar los mecanismos de articulación con los gobiernos Locales, gobiernos locales y los sectores involucrados?

Técnica: Entrevista a profundidad
Actor: Gobierno regional

Eje de análisis

Información sociodemográfica y de contexto

Buenos días, me llamo _____, lo llamo de parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (si no lo ubica, explicar qué es). Quisiera hacerle unas preguntas sobre la Red Amachay (IMPORTANTE POR ANOTAR: ¿reconoce el nombre?). Nos debe tomar unos 20 a 30 minutos. Será muy importante para mejorar las acciones de la Red. ¿Está de acuerdo? Necesito grabar la llamada solo para mi uso, ¿está de acuerdo? ¿su nombre no queda registrado?

- **Le voy a hacer algunas preguntas de contexto**
 - ¿cuál es su nombre?
 - ¿qué edad tiene?
 - Sexo (si no es obvio por el nombre o voz)
 - ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
 - ¿cuál es su lengua materna?
- **¿Qué sabe usted de la Red Amachay?**
 - ¿cuál es (ha sido) su cargo en la Red?
 - ¿cuánto tiempo ha estado en la Red?
 - ¿qué actividades hace/hacía?
 - ¿qué problema social y público buscó resolver la Red Amachay?

Eje de análisis

Evaluar rol de Gobierno Regional en la implementación de la Red Amachay

- **¿Qué entidades y personas están involucradas en la Red Amachay?**
 - ¿Qué roles tiene cada uno?
 - ¿Con quién coordinan ustedes?
 - ¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Qué rol tiene el Gobierno Regional en la Red?**
 - ¿qué hace?
 - ¿quién lo hace?

- ¿cómo se organiza?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Eje de análisis

Evaluar los componentes de la Red Amachay

La red tiene 4 componentes: **identificación de usuarios, seguimiento nominal, entrega de paquete de servicios y articulación intergubernamental/sectorial.**

- **¿Cómo ocurre la identificación de los usuarios a la Red?**

- ¿Quiénes intervienen en la identificación de usuarios?
- ¿Qué rol tiene el Gobierno Regional?
- ¿Cuál es el proceso que se sigue para incorporarlos?
- ¿Existen dificultades en ello?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Cómo ocurre el Seguimiento Nominal a los usuarios?**

- ¿Quiénes intervienen en el seguimiento nominal?
- ¿Qué rol tiene el Gobierno Regional?
- ¿Cuál es el proceso que se sigue?
- ¿Existe algún software o plataforma?
- ¿Existen dificultades en ello?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- ¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?
- ¿Cómo se implementa la estrategia de gestión territorial de la Red a nivel regional?
- ¿Cuáles son los aspectos que se deben de mejorar en el modelo de gestión territorial y de articulación?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Cómo ocurre la articulación intersectorial de la Red?**

- ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
- ¿Qué rol tiene su área?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Cómo ocurre la articulación intergubernamental de la Red?**

- ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
- ¿Qué rol tiene su área?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Encuentra diferencias entre municipalidades en términos de implementación de estrategias? ¿A qué se deben esas diferencias? (pedir ejemplos)**

Eje de análisis

Evaluar el componente “paquete de servicios” de la Red Amachay

- **Las intervenciones (servicios) son:**

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (sospechosos de COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

- **¿Cuáles son los servicios que se brindan a través de las llamadas y visitas?**

Sobre Consejería y orientación en prácticas saludables

- **¿Qué opina del servicio de consejos y orientación sobre prácticas saludables?**

- ¿Qué fortalezas tiene?
- ¿Qué puede mejorar?
- ¿Existe repetición/saturación de información con todos los demás (medios de comunicación, MINSA, Gobierno Regional, etc.)?
- ¿Han recibido capacitación para dar consejos y orientación? ¿Quién se la dio? ¿Cuándo se la dieron? ¿Qué le pareció? ¿Fortalezas y debilidades?
- ¿Existe material escrito en el que se basa para dar los consejos y orientación?
- ¿Qué actores del Gobierno Regional están involucrados en la entrega de Consejería y orientación de prácticas saludables?

Sobre Identificación de situaciones de riesgo de salud:

- **¿Qué opina del servicio de identificado de alertas?**
 - ¿Qué rol tiene el Gobierno Regional?
 - ¿Con qué frecuencia se da?
 - ¿Les sirve? ¿En qué?
 - ¿Qué fortalezas tiene?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Qué actores del Gobierno Regional están involucrados en la entrega de Identificación de situaciones de riesgo de salud?
- **¿Qué ocurre cuando se identifica la alerta? (pedir 2 ejemplos)**
 - ¿Qué rol tiene el Gobierno Regional?
 - ¿Qué tipo de alertas?
 - ¿Qué se hace?
 - ¿Qué ocurre luego?

Sobre Afiliación al Seguro Integral de Salud:

- **¿Cómo es el proceso afiliación al Seguro Integral de Salud?**
 - ¿Qué rol tiene el Gobierno Regional?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cuál es la ruta? (pedir 1 ejemplo)
 - ¿Qué actores del Gobierno Regional están involucrados en la entrega de Afiliación al Seguro Integral de Salud?
- **¿Qué tipo de organizaciones sociales de las localidades se han considerado para la entrega del “paquete de servicios priorizados” a las PAMAR y PCDS? ¿Puede dar ejemplos?**

Eje de análisis

Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la Red Amachay

- **¿Cuáles fueron las dificultades para la implementación de la Red Amachay?**
- **¿Qué fortalezas y oportunidades de mejora identifica en la implementación de los servicios de la Red?**
- **¿Cuáles son los procesos de soporte, monitoreo y evaluación de la Red?**
 - ¿qué hacen?
 - ¿con qué herramientas/software?
 - ¿quién lo hace?
 - ¿qué resultados han tenido?
 - ¿qué mejoras se han incluido?
 - ¿qué dificultades hay en estas áreas?
- **¿Cuál es el uso que se dio al software de gestión?**
 - ¿Qué funciones tiene el software de gestión?
 - ¿Funcionó el sistema de alertas automáticas?
 - ¿Quiénes tienen acceso al software y a qué nivel de información?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cambios entre 2020 y 2021?
- **¿Qué nuevos flujos de atención generaron para poder implementar los servicios de la Red? (pedir ejemplos)**
 - ¿Qué facilidades y limitaciones tuvieron como gobiernos regionales para implementar estos nuevos flujos de servicios?

Eje de análisis

Rutas de protección social integral

- **¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay le interesó más a usted? ¿Por qué?**
- ¿Cuáles cree que debieran cambiar, adicionar o retirar?
- **¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que se le podría proveer desde la Red Amachay?**
- **¿Qué lecciones aprendidas para la implementación de servicios se tienen a partir de la experiencia de implementación de la Red Amachay?**
- **¿Cuáles fueron facilidades y dificultades tuvieron los distintos actores que formaron parte de la red Amachay para su implementación (Gobierno Local, DIRIS/DIRESA/GERESA, Red o microrred de Salud, CIAM, OMAPED, COREPAM y OREDIS)?**
- **¿Qué aspectos específicos podrían modificarse (normativos, operativos, estratégicos) para mejorar los mecanismos de articulación con los gobiernos Locales, gobiernos locales y los sectores involucrados?**

Técnica: Entrevista a profundidad
Actor: Gobierno local

Eje de análisis

Información sociodemográfica y de contexto

Buenos días, me llamo _____, lo llamo de parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (si no lo ubica, explicar qué es). Quisiera hacerle unas preguntas sobre la Red Amachay (IMPORTANTE POR ANOTAR: ¿reconoce el nombre?). Nos debe tomar unos 20 a 30 minutos. Será muy importante para mejorar las acciones de la Red. ¿Está de acuerdo? Necesito grabar la llamada solo para mi uso, ¿está de acuerdo? ¿su nombre no queda registrado?

- **Le voy a hacer algunas preguntas de contexto**

- ¿cuál es su nombre?
- ¿qué edad tiene?
- Sexo (si no es obvio por el nombre o voz)
- ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
- ¿cuál es su lengua materna?

- **¿Qué sabe usted de la Red Amachay?**

- ¿cuál es (ha sido) su cargo en la Red?
- ¿cuánto tiempo ha estado en la Red?
- ¿qué actividades ha realizado en la Red?
- ¿cuál ha sido su función?
- ¿en su opinión, qué problema buscó resolver la Red Amachay?

Eje de análisis

Evaluar rol de Gobierno Local en la implementación de la Red Amachay

- **¿Qué entidades y personas están involucradas en la Red Amachay?**

- ¿Qué roles tiene cada uno?
- ¿Con quién coordinan ustedes?
- ¿Existen funciones descentralizadas para los servicios brindados?
- ¿Las funciones descentralizadas están claramente definidas?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

- **¿Qué rol ha tenido el Gobierno Local en la Red?**

- ¿qué hace?
- ¿cómo se organiza?
- ¿han participado del diseño / ajustes de la Red?
- ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Eje de análisis

Evaluar los componentes de la Red Amachay

La red tiene 4 componentes: **identificación de usuarios, seguimiento nominal, entrega de paquete de servicios y articulación intergubernamental/sectorial.**

- **¿Cuáles fueron los componentes definidos para la implementación de la Red Amachay en el primer año?**
 - ¿Cuáles fueron los procesos iniciales (antes de la implementación de la Red) de la Red Amachay?
 - ¿Cuáles fueron los cambios del diseño de la Red Amachay para el segundo año? ¿Qué factores determinaron dichos cambios?
 - ¿Considera que los procesos operativos definidos para la implementación en el segundo año (2021) son pertinentes y oportunos respecto a los objetivos que se propone?
- **¿Cómo ocurre la identificación de los usuarios a la Red?**
 - ¿Quiénes intervienen en la identificación de usuarios?
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su área?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue para incorporarlos?
 - ¿Existen dificultades en ello?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre el Seguimiento Nominal a los usuarios?**
 - ¿Quiénes intervienen en el seguimiento nominal?
 - ¿Qué rol tiene cada nivel de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su área?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Existe una articulación con el Gobierno Regional o Central? ¿Cómo se da?**
 - ¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?
 - ¿Cómo se implementa la estrategia de gestión territorial de la Red a nivel regional?
 - ¿Cuáles son los aspectos que se deben de mejorar en el modelo de gestión territorial y de articulación?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre la articulación intersectorial de la Red?**
 - ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su área?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre la articulación intergubernamental de la Red?**
 - ¿Qué rol tiene cada institución en los distintos niveles de Gobierno?
 - ¿Qué rol tiene su área?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Encuentra diferencias entre gobiernos regionales en términos de implementación de estrategias? ¿A qué se deben esas diferencias? (pedir ejemplos)**
- **¿Encuentra diferencias entre municipalidades en términos de implementación de estrategias? ¿A qué se deben esas diferencias? (pedir ejemplos)**
- **¿Qué aspectos específicos podrían modificarse (normativos, operativos, estratégicos) para mejorar los mecanismos de articulación con los gobiernos Locales, gobiernos locales y los sectores involucrados?**

Eje de análisis

Evaluar el componente “paquete de servicios” de la Red Amachay

- **Las intervenciones (servicios) son:**

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (sospechosos de COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

- **¿Cuáles son los servicios que se brindan a través de las llamadas y visitas?**

- ¿Quiénes hacen las llamadas en el 2020 y en el 2021?
- ¿Cómo se definió la frecuencia de visitas y llamadas?
- ¿Cuál es la proporción entre llamadas y visitas en el 2020 y en el 2021?

Sobre Consejería y orientación en prácticas saludables

- **¿Qué opina del servicio de consejos y orientación sobre prácticas saludables?**

- ¿Qué fortalezas tiene?
- ¿Qué puede mejorar?
- ¿Existe repetición/saturación de información con todos los demás (medios de comunicación, MINSA, Gobierno Local, Municipal, etc.)?
- ¿Han recibido capacitación para dar consejos y orientación? ¿Quién se la dio? ¿Cuándo se la dieron? ¿Qué le pareció? ¿Fortalezas y debilidades?
- ¿Existe material escrito en el que se basa para dar los consejos y orientación?
- ¿Qué actores de los tres niveles de gobierno están involucrados en la entrega de Consejería y orientación de prácticas saludables?
- ¿Qué organizaciones sociales de las localidades se han considerado para la entrega Consejería y orientación de prácticas saludables?

Sobre Identificación de situaciones de riesgo de salud:

- **¿Qué opina del servicio de identificado de alertas?**

- ¿Qué rol tiene la municipalidad?
- ¿Con qué frecuencia se da?
- ¿Les sirve? ¿En qué?
- ¿Qué fortalezas tiene?
- ¿Qué puede mejorar?
- ¿Qué actores de los tres niveles de gobierno están involucrados en la entrega de Identificación de situaciones de riesgo de salud?
- ¿Qué organizaciones sociales de las localidades se han considerado para la entrega Identificación de situaciones de riesgo de salud?

- **¿Qué ocurre cuando se identifica la alerta? (pedir 2 ejemplos)**

- ¿Qué rol tiene la municipalidad?
- ¿Qué tipo de alertas?
- ¿Qué se hace?
- ¿Qué ocurre luego?

Sobre Afiliación al Seguro Integral de Salud:

- **¿Cómo es el proceso afiliación al Seguro Integral de Salud?**

- ¿Qué rol tiene la municipalidad?
- ¿Qué puede mejorar?
- ¿Podría dar un ejemplo de un caso que haya tenido en el que se pueda comprender el flujo del proceso de Afiliación al Sistema Integral de Salud?
- ¿Qué actores de los tres niveles de gobierno están involucrados en la entrega de afiliación al Seguro Integral de Salud?
- ¿Qué organizaciones sociales de las localidades se han considerado para la entrega de afiliación al Seguro Integral de Salud?

- **¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay le interesó más a usted? ¿Por qué?**

- ¿Cuáles cree que debieran cambiar, adicionar o retirar?

- **¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay les interesó más a los usuarios (PAMAR y PCDS)?**

- ¿Qué problemas fueron los más comunes respecto a los aprendizajes de las o los cuidadores de las PAMAR y las PCDS brindados a través de llamadas por la Red Amachay?
- ¿Qué valoran de las llamadas?
- ¿Qué hace falta?

Eje de análisis

Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la Red Amachay

- ¿Cuáles fueron las dificultades para la implementación de la Red Amachay?
- ¿Qué fortalezas y oportunidades de mejora identifica en la implementación de los servicios de la Red?
- ¿Qué nuevos flujos de atención generaron para poder implementar los servicios de la Red? (pedir ejemplos)
 - ¿Qué facilidades y limitaciones tuvieron como gobiernos regionales para implementar estos nuevos flujos de servicios?
- ¿Qué otros actores podrían ser incluidos en la red para gestionar los mecanismos de comunicación con los PAMAR y PCDS?

Eje de análisis

Rutas de protección social integral

- ¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que se le podría proveer desde la Red Amachay?
- ¿Qué lecciones aprendidas para la implementación de servicios se tienen a partir de la experiencia de implementación de la Red Amachay?

Técnica: Entrevista semi-estructurada
Actor: Personal de la Red – quién hace las llamadas/coordina la Red

Eje de análisis

Información sociodemográfica y de contexto

Buenos días, me llamo _____, lo llamo de parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (si no lo ubica, explicar qué es). Quisiera hacerle unas preguntas sobre la Red Amachay (IMPORTANTE POR ANOTAR: ¿reconoce el nombre?). Nos debe tomar unos 20 a 30 minutos. Será muy importante para mejorar las acciones de la Red. ¿Está de acuerdo? Necesito grabar la llamada solo para mi uso, ¿está de acuerdo? ¿su nombre no queda registrado?

- **Le voy a hacer algunas preguntas de contexto**
 - ¿cuál es su nombre?
 - ¿qué edad tiene?
 - Sexo (si no es obvio por el nombre o voz)
 - ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
 - ¿cuál es su lengua materna?
 - ¿cuál es (ha sido) su cargo en la Red?
 - ¿cuánto tiempo ha estado en la Red?
 - ¿qué actividades hace/hacía?
 - ¿Cuántas horas trabaja a la semana en la Red Amachay?

Eje de análisis

Evaluar rol de Gobierno Local en la implementación de la Red Amachay

- **¿Qué entidades y personas están involucradas en la Red Amachay?**
 - ¿Qué roles tiene cada uno?
 - ¿Con quién coordinan ustedes?
 - ¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?
 - ¿Existen funciones descentralizadas para los servicios brindados?
 - ¿Las funciones descentralizadas están claramente definidas?

Eje de análisis

Evaluar los componentes de la Red Amachay

La red tiene 4 componentes: **identificación de usuarios, seguimiento nominal, entrega de paquete de servicios y articulación intergubernamental/sectorial.**

- **¿Cómo ocurre la identificación de los usuarios a la Red?**
 - ¿Quiénes intervienen en la identificación de usuarios?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue para incorporarlos?
 - ¿Existen dificultades en ello?
 - ¿Cuántas personas han sido atendidas?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cómo ocurre el Seguimiento Nominal a los usuarios?**
 - ¿Quiénes intervienen en el seguimiento nominal?
 - ¿Cuál es el proceso que se sigue?
 - ¿Existe algún software o plataforma?
 - ¿Existen dificultades en ello?
 - ¿Cuántas personas han sido atendidas?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?
- **¿Cree usted que la Red tiene un modelo de articulación territorial? ¿Está documentado? ¿Funciona?**
 - ¿Cómo se implementa la estrategia de gestión territorial de la Red a nivel regional?
 - ¿Cuáles son los aspectos que se deben de mejorar en el modelo de gestión territorial y de articulación?
 - ¿Identifica diferencias entre el año 2020 y 2021?

Eje de análisis

Evaluar el componente “paquete de servicios” de la Red Amachay

- **¿Cuáles son los servicios que se brindan a través de las llamadas?**

Las intervenciones (servicios) son:

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (sospechosos de COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

- **¿Ha realizado llamada(s) telefónica(s) de parte de la Red?**

- ¿Cuántas personas tiene a su cargo?
- ¿Cuántas llamadas hace por día?
- ¿Cuánto tiempo dura la llamada?
- ¿Dónde se registra la llamada? ¿Qué se registra? (pedir ejemplo)
- ¿Quién es su “jefe”/superior?

- **¿Qué temas hablan en las llamadas?**

Sobre Consejería y orientación de prácticas saludables:

- **¿Ha dado consejos y orientación sobre prácticas saludables?**

- ¿De qué hablan?
- ¿Les sirve? ¿En qué?
- ¿Qué fortalezas tiene?
- ¿Qué puede mejorar?
- ¿Existe repetición/saturación de información con todos los demás (medios de comunicación, MINSA, radio, etc.)?
- ¿Ha recibido capacitación para dar consejos y orientación? ¿Quién se la dio? ¿Cuándo se la dieron? ¿Qué le pareció? ¿Fortalezas y debilidades?
- ¿Existe material escrito en el que se basa para dar los consejos y orientación?
- Sobre Identificación de situaciones de riesgo de salud:
 - ¿Cómo es el proceso de identificado de alertas?
 - ¿Con qué frecuencia se da?
 - ¿Les sirve? ¿En qué?
 - ¿Qué fortalezas tiene?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Qué ocurre cuando se identifica la alerta? (pedir 2 ejemplos)
 - ¿Qué es la identificación de alertas?

- ¿Qué tipo de alertas?
- ¿Qué se hace?

Sobre Afiliación al Seguro Integral de Salud:

- **¿Cómo es el proceso afiliación al Seguro Integral de Salud?**
 - ¿Con qué frecuencia se da?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cuál es la ruta? (pedir 1 ejemplo)
- **¿Cuál es el uso que se dio al software de gestión?**
 - ¿Qué funciones tiene el software de gestión?
 - ¿Funcionó el sistema de alertas automáticas?
 - ¿Quiénes tienen acceso al software y a qué nivel de información?
 - ¿Qué puede mejorar?
 - ¿Cambios entre 2020 y 2021?

Eje de análisis

Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la Red Amachay

- **¿Qué diferencias hubo entre el año 2020 y el año 2021?**
- **¿Qué fortalezas y oportunidades de mejora identifica en la implementación de los servicios de la Red?**
- **¿Cuáles fueron las dificultades para la implementación de la Red Amachay?**
- **¿Qué problemas fueron los más comunes respecto a los aprendizajes de las o los cuidadores de las PAMAR y las PCDS brindados a través de llamadas por la Red Amachay?**
- **¿Qué problemas fueron los más comunes para la aplicación de medidas de bioseguridad y detección temprana de la COVID-19 u otros problemas de salud a las PAMAR y PCDS, que fueron transmitidos por la Red Amachay a las o los cuidadores principales?**
- **¿Qué lecciones aprendidas para la implementación de servicios se tienen a partir de la experiencia de implementación de la Red Amachay?**
- **¿Qué nuevos flujos de atención generaron en el gobierno local para poder implementar los servicios de la Red? (pedir ejemplos)**
 - ¿Qué facilidades y limitaciones tuvieron como gobiernos regionales para implementar estos nuevos flujos de servicios?

Eje de análisis

Rutas de protección social integral

- **¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay le interesó más a usted?**
- **¿Qué tipo de servicios de la Red Amachay les interesó más a los usuarios (PAMAR y PCDS)?**
- **¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que se le podría proveer desde la Red Amachay?**

ESTUDIO DE CASOS

Fichas de recojo de procesos

Las fichas de procesos se concentrarán en los 4 componentes de la Red, a saber:

a) Identificación de beneficiarios

Consiste en el proceso de identificación de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, tomando como base el padrón nominado del año 2020, para poder iniciar con el seguimiento nominal y brindarle el paquete de servicios priorizados. En ese sentido son los Gobiernos Locales los responsables de la identificación y actualización de datos de beneficiarios, en articulación con los miembros de la Instancia de Articulación Local (IAL), de manera que se pueda realizar un efectivo seguimiento nominal y entrega del paquete de servicios priorizados.

Es preciso indicar que a diferencia del año 2020, donde se contempló el servicio de "gestión de alertas", en el año 2021 se delimitó el servicio a la "identificación de alertas". Ello se explica debido al MIDIS no contar con recursos para transferir a los sectores (MINSA y MIMP), y por lo tanto, siendo no posible garantizar la atención de alertas. Sin embargo, según la responsable de la Red, en el año 2021, "en la práctica, el servicio que se brindó ha sido el de Gestión de alertas" (Comentario 10-nov).

b) Seguimiento Nominal

Consiste en el seguimiento individualizado de las personas adultas mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa, tomando como base el padrón nominado, para entrega del paquete de servicios priorizados. El seguimiento nominal se realiza a través de comunicaciones telefónicas y/o de manera presencial mediante visitas domiciliarias. Es preciso indicar que el MIDIS, en marco de la rectoría del SINADIS, ha puesto a disposición de los Gobiernos Locales y entidades una herramienta informática para dicho fin (Portal de Seguimiento de la Red de Soporte).

c) Entrega del paquete de servicios priorizados

La entrega del paquete de servicios priorizados se brinda a todas las Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad que son parte de la intervención, y se realiza en coordinación y aplicando los protocolos establecidos por los sectores y entidades competentes. La entrega del paquete de servicios priorizados se brinda previo consentimiento de la persona adulta mayor y la persona con discapacidad, o de sus cuidadores principales.

El paquete de intervenciones priorizadas sufrió modificaciones a inicios del 2021. Se mantuvieron las intervenciones de "Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud" y de "Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social-sospechosos de la COVID-19, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono", pero se agregó un nuevo tipo de alerta vinculada a la desatención de enfermedades no transmisibles. Asimismo, se deja de mencionar la intervención de inmunización y se adiciona la intervención de afiliación al Seguro Integral de Salud, según normativa establecida por el sector salud.

- **Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.**

Este servicio es brindado por el actor social y/o voluntario al momento de la llamada telefónica o en la visita domiciliaria (en caso corresponda), de acuerdo al protocolo establecido por el Ministerio de Salud en el Documento Técnico: "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú", que indica: a) Distanciamiento físico, b) Realizar el lavado de manos de forma frecuente con agua y jabón o con una loción a base de alcohol, c) Practicar la higiene respiratoria y etiqueta de la tos, d) Uso obligatorio de mascarilla para circular por las vías de uso público, e) Uso de mascarilla quirúrgica descartable si presenta síntomas respiratorios durante todo el día, e) Vacunación de neumococo e influenza en población con factores de riesgo, entre otros.

- **Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (casos sospechosos de la COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).**

El actor social y/o voluntario, como parte del seguimiento nominal que realiza por vía telefónica o en visita domiciliaria identifica situaciones de riesgo, tales como:

Caso sospechoso de la COVID-19: Consiste en la identificación de signos, síntomas o antecedentes epidemiológicos sugerentes de un caso sospechoso de la COVID-19.

Detección de enfermedades no transmisibles: Consiste en la identificación de PAMAR o PcDS con enfermedades crónicas previamente diagnosticadas que no estén siendo controladas o que presenten algún signo de alarma.

Aseguramiento en salud: Consiste en identificar la falta o no afiliación a un seguro de salud por parte del usuario de la red.

Riesgo de abandono: Consiste en la identificación de usuarios que se encuentren en riesgo de sufrir una situación de abandono.

Presunta situación de violencia: Consiste en la identificación de una presunta situación de violencia sufrida por el PAMAR o PcDS.

Necesidad de alimentos: Consiste en identificar una necesidad temporal o permanente de alimentos preparados o víveres por parte del usuario de la red.

- **Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.**

Conforme a la normativa establecida por el sector salud, el actor social y/o voluntario, al momento de la llamada telefónica o de la visita domiciliaria, debe identificar la carencia de un seguro de salud por parte del PAMAR o PcDS y ante esta, orienta al beneficiario para su afiliación al Seguro Integral de Salud – SIS.

d) Articulación intersectorial e intergubernamental

En el cambio del año fiscal, y con menor presupuesto asignado para el año 2021, el modelo operativo de la Red Amachay estable que los sectores responsables de la intervención serían MIDIS, los GL y GR, mientras que los demás sectores participantes como MINSA, ESSALUD y MIMP fueron descritos como “otras Entidades involucradas en el desarrollo de acciones y estrategias para la operación de la Red” (DS N° 003-2021-MIDIS).

Comprende las acciones de coordinación intersectorial (entre sectores) e intergubernamental (a nivel nacional-regional –local), que se desarrollan en el marco de las competencias, funciones y responsabilidades que tienen las Entidades que forma parte de la Red de Soporte, para Ábrindar el paquete de servicios priorizados a la población objetivo, de manera articulada, complementaria y evitando duplicidades. Es preciso indicar que la articulación intersectorial e intergubernamental, incluye la promoción y fortalecimiento de las instancias e instrumentos de articulación; así como la promoción de la participación comunitaria a nivel local para contribuir con la provisión de los servicios priorizados de salud y de protección social a la población objetivo.

COMPONENTE:	
Responsable:	¿Hay un responsable único? / ¿Son diversos los responsables?
Producto:	¿Qué se entrega a la población? o ¿Qué se entrega a la Red (y de manera indirecta a la población)?
Acciones:	¿Qué ACCIONES se realizan para lograr la entrega del PRODUCTO? Listar las ACCIONES, y para CADA ACCION, hacer las preguntas
	Acción:
	¿Quiénes intervienen (áreas/entidades y roles)?
	¿Qué recursos materiales se usan?
	¿Qué recursos financiaron?
	¿Qué tiempo de dedicación/frecuencia?
	¿Cómo es la coordinación para la entrega de la acción?
	¿Cómo las acciones se relacionan entre sí y con otros productos?
Insumos:	¿Qué áreas/entidades, recursos humanos, materiales, financieros, tiempo se requieren?
Protocolos / Coordinación:	¿Qué protocolos/guías se construyeron?
Cuellos de botella:	¿Qué cuellos de botella han encontrado para cada acción?

BENEFICIARIOS

Técnica: Entrevista semi-estructurada

Eje de análisis

Información sociodemográfica y de contexto

Buenos días, me llamo _____, lo llamo de parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (si no lo ubica, explicar qué es). Quisiera hacerle unas preguntas sobre la Red Amachay (IMPORTANTE POR ANOTAR: ¿reconoce el nombre?). Nos debe tomar unos 20 a 30 minutos. Será muy importante para mejorar las acciones de la Red. ¿Está de acuerdo? Necesito grabar la llamada solo para mi uso, ¿está de acuerdo? ¿su nombre no queda registrado?

- **¿Es usted NOMBRE DE BENEFICIARIO?**

En caso de que no lo sea: ¿cuál es su nombre? ¿cuál es la relación con BENEFICIARIO?

- **Le voy a hacer algunas preguntas sobre el BENEFICIARIO**

- ¿qué edad tiene?
- Sexo (sí no es obvio por el nombre o voz)
- ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
- ¿cuál es su lengua materna?
- ¿cuál es su ocupación/profesión?
- ¿sigue trabajando? ¿a tiempo completo?

Sobre su salud:

- ¿tiene alguna(s) enfermedad(es) o discapacidad(es)?
- ¿cuál es su nivel de dependencia? (dependencia en cama, semidependencia, dependencia)

• Le voy a hacer algunas preguntas sobre EL CUIDADOR.

- ¿Quiénes lo cuidan? (estimar alguna proporción, por ejemplo 1/2 y 2/3)
- Sexo (si no es obvio por el nombre o voz)
- ¿qué edad tiene?
- ¿cuál es el nivel educativo que usted tiene? (primaria, secundaria, técnica o universidad)
- ¿cuál es su lengua materna?
- Además del rol de cuidador, ¿el cuidador trabaja? (tiempo completo/por horas)

Eje de análisis

Identificar las fortalezas, cuellos de botella y/o nudos críticos de la Red Amachay
Analizar las experiencias y valoración de la Red por las PAMAR y PCDS y/o sus cuidadores

• ¿Qué sabe usted de la Red Amachay? (qué hace, quién lo hace, con qué frecuencia)**• ¿Ha recibido llamada(s) telefónica(s) de parte de la Red?**

- ¿Quién lo llamo?
- ¿Cuándo?
- ¿De qué hablaron?
- ¿Le sirvió? ¿En qué le sirvió? (explorar beneficios objetivos, subjetivos, emocionales,- escuchar la historia-)

• ¿Ha recibido algún servicio (se le llama “paquete de intervenciones”)?

Las intervenciones (servicios) son:

- Consejería y orientación de prácticas saludables, según protocolo establecido por el Ministerio de Salud.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud y de vulnerabilidad social (sospechosos de COVID-19, enfermedades no transmisibles, necesidad de alimentos, presunta situación de violencia y presunta situación de abandono).
- Afiliación al Seguro Integral de Salud, según la normativa establecida por el sector salud.

Sobre Consejería y orientación de prácticas saludables:**• ¿Ha recibido consejos y orientación sobre prácticas saludables?**

- ¿De qué hablaron?
- ¿Le sirvió? ¿En qué?

Sobre Identificación de situaciones de riesgo de salud:**• ¿Sabe si la persona que lo llamó ha identificado algún riesgo/peligro/problema suyo?**

- En caso de que sí, ¿qué ocurrió?
- ¿Le sirvió que hayan identificado eso? ¿En qué?

Sobre Afiliación al Seguro Integral de Salud:**• ¿Está afiliado al Seguro Integral de Salud?**

- ¿Desde cuándo?

En caso de que estén afiliados después del 2020:**• ¿Cómo ocurrió su afiliación?**

- ¿Quién lo ayudó?
- ¿Qué tuvo que hacer?

Eje de análisis

Rutas de protección social integral

• ¿Qué servicios/ayuda/beneficios recibe del Estado?

- Si es discapacidad, ¿conoce la OMAPED? ¿a cuál va? ¿qué servicios recibe?
- Si es adulto mayor, ¿conoce los centros de adulto mayor? ¿a cuál va? ¿qué servicios recibe?

• ¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que se le podría proveer desde el Estado?

10.3. Validación de instrumentos

10.3.1 Metodología y procedimientos

El proceso de validación implicó la reproducción de las entrevistas a 5 actores de distintos niveles de gestión: 1 especialista del MIDIS, 1 coordinador territorial a nivel de gobierno local, 1 actor social a nivel local y 02 usuarios de la Red. No se consignan nombres dado que podrían ser identificados, y perderíamos la confidencialidad a la que nos comprometimos. Con esa muestra se cubrió a los principales actores que serán entrevistados en el trabajo de campo de acuerdo con los ejes del estudio.

El proceso implicó la formulación de las preguntas, la escucha y análisis de las respuestas, y el posterior análisis tanto de la forma de la cuestión como de los resultados. A partir de ahí se hacen ajustes tanto en el fraseo de la pregunta como en la adición o sustitución de preguntas que mejor capturen la información que fue providenciada por los actores.

Las entrevistas han sido grabadas, y fueron escuchadas para el ajuste de los cuestionarios. Asimismo, se ha iniciado el proceso de transcripción de estas, dado que se incorporarán al análisis final del estudio. El proceso de validación de los instrumentos se realizó entre los días 7 al 9 de diciembre de 2021.

Se usan dos medios de recojo de información: teléfonos con aplicativos que permiten grabar llamadas y software (Zoom, Microsoft Teams) que también permite hacer lo mismo. Antes del inicio de la entrevista, se le explica la razón de esta, el tiempo esperado, el uso que se le dará a la información, se le garantiza confidencialidad y se le solicita consentimiento para la grabación y desgrabación de los contenidos. En todos los casos, el consentimiento fue otorgado.

10.3.2 Resultados

A continuación, se presentan los resultados encontrados por actor entrevistado, donde se hace un balance general de la entrevista y se recogen ajustes realizados a los instrumentos.

Coordinador territorial

Las preguntas fueron respondidas con amplitud y el entrevistado dio oportunidades para profundizar sobre cada eje. A medida que se recibía información sobre cada eje de análisis, varias preguntas resultan repetitivas, por lo que se optó por no realizar dichas preguntas. Por ejemplo, en el eje de análisis sobre la evaluación de los componentes de la Red AMACHAY es repetitiva la pregunta “¿Qué rol tiene la Municipalidad?”. Esta fue obviada en varias ocasiones debido a que la Red trabaja en estrecha relación con la Municipalidad y el entrevistado desde un inicio explicó el rol de esta con la Red.

En el primer eje de análisis “Información sociodemográfica y de contexto”, se sugiere cambiar la pregunta “¿Qué actividades hace/hacía?” por “¿Qué actividades ha realizado en la Red? ¿Cuál ha sido su función?”

En el segundo eje no hubo problema con ninguna de las preguntas

En el tercer eje con la pregunta “¿Cómo ocurre la articulación intergubernamental de la Red?” se tuvo problemas de entendimiento. Se replanteó la pregunta a “¿Existe una articulación con el Gobierno Regional o Central? ¿Cómo se da?”

En el cuarto eje sobre paquete de servicios en el punto sobre prácticas saludables, la pregunta “¿Ha recibido capacitación para dar consejos y orientación? ¿Quién se la dio? ¿Cuándo se la dieron? ¿Qué le pareció? ¿Fortalezas y debilidades?” se sugiere moverla al inicio y eliminar las preguntas “¿Qué fortaleza tiene? ¿Qué puede mejorar?”, ya que se vuelve repetitivo y cansino para el entrevistado.

En el cuarto eje sobre paquete de servicios en Afiliación al Sistema Integral de Salud, la pregunta “¿Cuál es la ruta?” es repetitiva con “¿Cómo es el proceso de afiliación al Sistema Integral de Salud?”. Se sugiere cambiar “¿Cuál es la ruta?” por “¿Podría dar un ejemplo de un caso que haya tenido en el que se pueda comprender el flujo del proceso de Afiliación al Sistema Integral de Salud?”.

El quinto eje tiene preguntas que pueden ser obviadas debido a que, al entrevistado, de haber sido amplio en sus respuestas previas, le pueden resultar repetitivas.

La pregunta del sexto eje puede ampliarse. En otras palabras, puede cambiarse a la siguiente: “¿Qué servicios/ayuda/beneficios cree que le podría proveer al beneficiario desde la Red AMACHAY? ¿Y al actor social? ¿Y al cuidador? Esto a causa de que, por las entrevistas realizadas en los distintos niveles, se percibe una preocupación también por aquellas personas que se encargan de dar los servicios.

Actor social

Las respuestas fueron bastante amplias y, así como con el coordinador territorial, las preguntas fueron, en varias ocasiones, repetitivas.

En el eje de análisis “Implementación de la Red AMACHAY”, se sugiere agregar la pregunta “¿Cuántas horas trabaja a la semana en la Red AMACHAY?”. Al parecer los actores sociales tienen jornadas que difieren en horas a la semana.

En el tercer eje “Componentes de la Red AMACHAY”, se sugiere agregar la pregunta “¿Realizan trabajo de campo?”.

En el cuarto eje “Paquete de servicios”, se sugiere agregar en el punto sobre situaciones de riesgo de salud la pregunta “¿Existen falsas alarmas? ¿Cómo han solucionado dichos casos?”

En el quinto y sexto eje las preguntas fueron respondidas sin complicación alguna.

Beneficiario

En el eje “Información sociodemográfica y de contexto”, se sugiere cambiar la pregunta “¿Quiénes lo cuidan?” por “¿Quiénes lo cuidan? ¿Cuánto tiempo lo cuida cada uno al día? ¿Cómo se reparten la tarea del cuidado?”. Además, se sugiere también “¿A qué se dedica? ¿Cuál es su trabajo? ¿Cuántas horas trabaja al día?”

En el segundo eje “Identificar fortalezas” no se registró ningún problema con las preguntas.

En el tercer eje “Rutas de protección social integral”, se sugiere agregar la pregunta “¿Ha ido presencialmente durante la pandemia a los centros de discapacidad o adulto mayor?”

Especialista MIDIS

Las preguntas fueron respondidas con amplitud y el entrevistado dio oportunidades para profundizar sobre cada eje. A medida que se recibía información sobre cada eje de análisis, varias preguntas resultan repetitivas, por lo que se optó por no realizar dichas preguntas. Por ejemplo, en el eje de análisis sobre la evaluación de los componentes de la Red AMACHAY es repetitiva la pregunta “¿Qué rol tiene el Gobierno Nacional?”, “¿Qué diferencias encuentra en el año 2020 y 2021?” y “¿Qué dificultades se encontraron en la implementación del paquete?”.

Ello ha llevado a una reestructuración general del cuestionario y a la simplificación de su organización temática.

10.3.3 Conclusiones

El proceso de validación sugiere que algunos aspectos se vuelven repetitivos, lo que se debe a la falta de mayor conocimiento de los actores entrevistados. Luego de un cierto número de preguntas se evidencian saturación y vaguedad en las respuestas. A pesar de ello, los cuestionarios capturan todos los aspectos relevantes de la Red tales como los componentes, paquetes de servicios, soporte/gestión, cambios en el tiempo, expectativas/valoración y proyecciones al futuro de la Red.





PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social