



La salud  
es de todos

Minsalud

**Evaluación Programa de Atención  
Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –  
PAPSIVI  
Informe Final**

**Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales**

**Oficina de Promoción Social**

**Bogotá D.C., julio de 2020**



**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO**

Viceministra de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**GERMAN ESCOBAR MORALES**

Secretario Privado Ministro de Salud y Protección Social

**WILSON FERNANDO MELO VELANDIA**

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

**OSCAR JAVIER SIZA MORENO**

Jefe de la Oficina de Promoción Social



### **Equipo Investigador <sup>1</sup>:**

Alejandro CEPEDA PÉREZ

Ana María GIRALDO VARGAS

David Eduardo GÓMEZ LIZARAZU\*

Mariana MATAMOROS CÁRDENAS

Santiago Alberto PEREA CARO

Patricia ROZO LESMES\*

Oscar SANCHEZ JIMENEZ

### **Equipo de Evaluadores Pares<sup>2</sup>**

Ángela María ESTRADA MESA – PhD en Psicología

Fabio IDROBO BONILLA – PhD en Psicología

Andrés MOYA RODRÍGUEZ – PhD en Economía Agrícola y Recursos Naturales

Carlos Alberto PALACIO ACOSTA – Msc en Epidemiología Clínica

---

<sup>1</sup> Los integrantes del equipo investigador son consultores de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y contratistas de la Oficina de Promoción Social y de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública) del Ministerio de Salud y Protección Social.

\*Investigadores que participaron durante la Fase I de la evaluación

<sup>2</sup> Los integrantes del equipo de Evaluadores Pares son expertos investigadores en temas de evaluación de políticas públicas relacionadas con conflicto armado y salud que se vincularon a la evaluación *ad honorem* quienes actúan como asesores y argumentadores externos a los ejercicios de diseño metodológico y de instrumentos de levantamiento de información, así como de los resultados de la evaluación.



## Agradecimientos

La Evaluación de resultados del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi) ha sido posible gracias al esfuerzo técnico y financiero del Ministerio de Salud y Protección Social, así como el apoyo técnico y financiero de USAID a través de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y las valiosas contribuciones de diferentes actores institucionales, académicos y profesionales que, desde sus perspectivas, aportaron al logro de los mayores estándares en dicha evaluación.

El Ministerio de Salud y Protección Social agradece, especialmente, los aportes de los Pares Académicos: Ángela María Estrada, Fabio Idrobo, Darío Londoño, Andrés Moya y Carlos Palacio que, desde diferentes perspectivas del conocimiento, aportaron en el diseño, construcción, desarrollo y consolidación de la evaluación de Papsivi, desde inicios de 2019.

Asimismo, agradece a las directivas y profesionales de OIM: Ángela Prías, Gabriela Becerra y Mariana De Narváz por sus aportes desde la planeación inicial de este trabajo hasta el final. Su participación, activa y permanente, le dio sentido y contenido a los desarrollos metodológicos y operativos consolidados en el presente documento. De igual forma agradece los aportes metodológicos y técnicos de los funcionarios y colaboradores del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) que brindaron un acompañamiento clave en diferentes comités de trabajo.

Por otro lado, se resalta el trabajo y desarrollo que ha realizado el Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas de la Oficina de Promoción Social, así como a todas las víctimas y representantes institucionales que participaron en la aplicación de la encuesta y los grupos focales en el nivel Territorial.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social hace una especial mención al apoyo brindado por Ángela María Estrada, quién hasta el momento de su lastimosa partida, brindó un soporte valioso al proceso de la primera etapa de la evaluación de Papsivi y siempre manifestó la importancia de evaluar rigurosamente la política pública dirigida a las víctimas del conflicto armado en Colombia.



## Siglas y acrónimos

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEH	Comisión para el Esclarecimiento Histórico de Guatemala
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CLAD	Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
CNVR	Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación de Chile
CVR	Comisión de Verdad y Reconciliación de Perú
DDHH	Derechos Humanos
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSEPP	Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficio
EMS	Equipo Multidisciplinario de Salud
ENSM	Encuesta Nacional de Salud Mental
EPS	Empresa Promotora de Salud
EREG	Estrategia de Recuperación Emocional Grupal
ET	Entidad Territorial
GPOR	Gestión Pública Orientada a Resultados
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IIC	Índice de Intensidad del Conflicto
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NARP	Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud



ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Oficina de Promoción Social
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAPSIVI	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
PDET	Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNR	Programa Nacional de Resarcimiento
PRAIS	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud para las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos de Chile
PRS	Programa de Reparaciones en Salud del Perú
PTIR	Plan de transferencias e implementación de recomendaciones
RLCPD	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
RUV	Registro Único de Víctimas
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINERGIA	Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
TdC	Teoría del Cambio
UARIV	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
VIVANTO	Sistema de consulta de la Red Nacional de Información - Unidad para las Víctimas



## Glosario

**Conflicto armado interno.** El Convenio de Ginebra, 1949 (Protocolo II, artículo 3 común), lo define como un "conflicto armado que no sea de índole internacional y que surja en el territorio de una de las Altas Partes Contratantes". Puede ser un conflicto armado en que participen uno o más grupos armados no gubernamentales. Según la situación, puede haber hostilidades entre las fuerzas armadas gubernamentales y grupos armados no gubernamentales o entre esos grupos únicamente (Cruz Roja, 2008).

**Víctima.** Las personas víctimas se definen como “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Ley 1448 de 2011, Artículo 3).

**Reparación.** De acuerdo con la Ley 1448 de 2011, “La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica” para las víctimas de conflicto armado interno colombiano (Ley 1448 de 2011, Artículo 25).

**Medida de rehabilitación.** “La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la presente ley”. (Ley 1448 de 2011, artículo 135)

**Atención Integral en Salud para víctimas.** Las víctimas gozan de un estatus prioritario en los procesos de aseguramientos y prestación de los servicios de salud (Ley 1751 de 2015 y 1448 de 2011), por tanto, el Estado garantizará la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial, buscando como primera medida el aseguramiento y la prestación de servicios con accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud teniendo en cuenta las afectaciones físicas y mentales causadas por el conflicto armado.

**Salud Mental.** Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana,



para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Ley 1616 de 2013, Artículo 3)

**Atención psicosocial.** Conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. (MSPS, 2017a, p. 17)

### ***Conceptos relevantes relacionados con Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial del Papsivi<sup>3</sup>***

**Accesibilidad.** Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MPS, 2008).

**Oportunidad.** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (MSPS, 2008).

**Seguridad.** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (MPS, 2008).

**Pertinencia.** Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (MPS, 2008).

**Continuidad.** Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (MPS, 2008).

---

<sup>3</sup> Para mayor información, remitirse al enlace:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>, Capítulo 3, Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial.



**Calidad.** La calidad de la atención de salud física y mental se establece como la provisión de servicios individuales y/o colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de los usuarios. Adicionalmente, debe contar con las siguientes características: i) seguridad, que oriente la protección de las personas contra las situaciones, riesgos o amenazas graves, para garantizar el mejor resultado final posible; ii) coordinación, trabajo articulado y colaborativo entre los agentes del Sistema que permita la integralidad y continuidad de la atención mediante la adopción de redes y rutas que fomenten el liderazgo y generen sinergias de cooperación; y, iii) transparencia, orientada principalmente a la prevención de actos de corrupción, al fomento de buenas prácticas de gestión y al cuidado de los recursos del Sistema de Salud por parte de los agentes y los usuarios (MSPS, 2016).

#### ***Conceptos relevantes relacionados con Atención Psicosocial del Papsivi<sup>4</sup>.***

**Pertinencia.** Categoría de análisis que puede dar cuenta del nivel de correspondencia, diseño y adecuación de las orientaciones metodológicas y de las habilidades y destrezas de los profesionales que realizan la atención psicosocial, frente a los niveles de daño psicosocial y sufrimiento emocional que presentan las víctimas atendidas. (MSPS, 2017)

**Eficacia.** Categoría de análisis que da cuenta de la capacidad de la Estrategia de Atención Psicosocial del Papsivi de incidir en los niveles de recuperación psicosocial de las víctimas a nivel individual, familiar, comunitario y colectivo. (MSPS, 2017)

**Calidad.** La calidad de la atención psicosocial se establece como la provisión de servicios individuales, familiares, comunitarios y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y recuperación psicosocial de las víctimas. (MSPS, 2017)

---

<sup>4</sup> Para mayor información, remitirse al enlace:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>, Capítulo 3, Estrategia de atención Psicosocial



## Tabla de Contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Antecedentes y Contexto.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Contexto internacional.....</b>	<b>17</b>
1.1.1. Incorporación de la medida de rehabilitación en las políticas de gobierno de Perú, Chile y Guatemala. ....	18
<b>1.2. Violencia y conflicto armado en Colombia.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3. Víctimas de la violencia en Colombia.....</b>	<b>23</b>
1.3.1. Localización de las víctimas.....	23
1.3.2. Características demográficas.....	25
1.3.3. Hechos Victimizantes.....	25
1.3.4. Afiliación en el SGSSS.....	26
<b>1.4. Incidencia de la violencia en la salud de las víctimas.....</b>	<b>27</b>
<b>2. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Descripción del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2. Línea de tiempo con los momentos más relevantes del proceso de diseño e implementación del Papsivi entre los años 2012 y 2018.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3. Alcance de las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial contempladas en Papsivi. 34</b>	
<b>3. Diseño de la Evaluación .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1. Estrategia Metodológica.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2. Justificación.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3. Objetivos de la evaluación.....</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Alcance de la evaluación.....</b>	<b>38</b>
<b>3.5. Diseño metodológico.....</b>	<b>39</b>
3.5.1. Cadena de valor.....	39
3.5.2. Preguntas orientadoras.....	40
3.5.3. Matriz de consistencia.....	40
3.5.4. Mapa de actores.....	40
3.5.5. Técnicas de Recolección de Información.....	41
3.5.6. Método de análisis.....	41
<b>4. Elementos Operacionales e Institucionales .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. Implementación de Papsivi .....</b>	<b>42</b>
4.1.1. Competencias del MSPS establecidas en la Ley para la implementación del Papsivi.....	42
4.1.2. Procesos definidos para la implementación del Papsivi.....	45
4.1.3. Atención a víctimas en el marco del Papsivi.....	48
4.1.4. Recursos invertidos en la implementación de Papsivi entre 2013 – 2018.....	48
<b>4.2. Estrategias transversales del Papsivi.....</b>	<b>55</b>
4.2.1. Talento Humano.....	55
4.2.2. Participación de las Víctimas.....	59
4.2.3. Seguimiento y Monitoreo.....	60



4.2.4. Coordinación Nación – Territorio ..... 61

**4.3. Análisis del proceso operativo y la articulación institucional..... 62**

4.3.1. Rol de los actores que intervienen activamente en la implementación de Papsivi ..... 63

4.3.2. Articulación Institucional durante la implementación de Papsivi ..... 64

**4.4. Análisis de las categorías operacionales e institucionales. .... 70**

4.4.1. Proceso de implementación de los componentes de atención psicosocial y atención integral en salud del Papsivi..... 70

4.4.2. Proceso de implementación de las estrategias transversales del Papsivi ..... 71

4.4.3. Proceso de articulación entre los diferentes actores y niveles institucionales en la implementación del Papsivi ..... 74

**5. Evaluación de Resultados del Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado- Papsivi. .... 75**

**5.1. Prestación de Servicios..... 75**

5.1.1. Componente de atención integral en salud del Papsivi ..... 76

5.1.2. Componente de atención psicosocial del Papsivi ..... 89

**5.2. Monitoreo y Evaluación ..... 106**

5.2.1. Percepción de recuperación (instrumento de seguimiento)..... 106

5.2.2. Análisis de variación en la percepción de recuperación para el primer y el último momento ..... 112

5.2.3. Valoración de la Rehabilitación Psicosocial..... 115

5.2.4. Análisis de las relaciones entre el índice de percepción de recuperación y rehabilitación psicosocial..... 120

5.2.5. Análisis del Motivo de Cierre..... 122

**6. Hallazgos Evaluación de Resultados ..... 122**

**6.1. Componente de atención integral en salud del Papsivi..... 123**

**6.2. Componente de atención psicosocial Papsivi..... 126**

**7. Recomendaciones ..... 128**

**Bibliografía ..... 137**



### Lista de Figuras

**Figura 1.** Línea de tiempo – Desarrollo Papsivi..... 31

**Figura 2.** Cadena de Valor Papsivi (Resumen) ..... 39

**Figura 3.** Medidas contempladas en el marco del Papsivi ..... 43

**Figura 4.** Características de Componente de Salud integral acordes con lo establecido en el marco normativo Ley ..... 44

**Figura 5.** Características del Componente Psicosocial acordes con lo establecido en la Ley .... 45

**Figura 6.** Proceso de Alistamiento del Componente de Salud Integral ..... 46

**Figura 7.** Proceso de Alistamiento del Componente Psicosocial ..... 47

**Figura 8.** Esquema general del proceso de operación Protocolo de Atención Integral en salud con enfoque psicosocial ..... 56

**Figura 9.** Estructura Talento Humano implementación Estrategia de Atención Psicosocial. .... 57

**Figura 10.** Mecanismos de Participación de las Víctimas en el marco del Papsivi ..... 59

**Figura 11.** Proceso del Sistema de Seguimiento y Monitoreo del Papsivi ..... 60

**Figura 12.** Instrumentos de seguimiento y de cierre en la atención psicosocial ..... 61

**Figura 13.** Identificación de la Articulación que se desarrolla en Papsivi..... 64

**Figura 14.** Sociograma General de Papsivi en 2013 – 2018..... 65

### Lista de Gráficos

**Gráfico 1.** Distribución de la Población plenamente identificada como Víctima según departamento..... 24

**Gráfico 2.** Pirámide población general – Población víctima plenamente identificada..... 25

**Gráfico 3.** Porcentaje de víctimas según hecho victimizaste ..... 26

**Gráfico 4.** Estado de afiliación en el SGSSS de las personas víctimas\*. ..... 26

**Gráfico 5.** Afiliación de las víctimas según tipo de régimen ..... 27

**Gráfico 6.** Inversión en Aseguramiento de las Víctimas según UPC 2013-2018 ..... 50

**Gráfico 7.** Número de personas atendidas con Componente Psicosocial de Papsivi y de EREG (UARIV) Vs. Financiamiento de ADRES, Inversión MSPS y Concurrencia ET. .... 51

**Gráfico 8.** Costo Medio Componente Psicosocial de Papsivi 2013 – 2018 (Año Base 2018) ... 52

**Gráfico 9.** Distribución por departamento de la ejecución de los recursos para implementación del componente psicosocial del Papsivi 2015-2018..... 53

**Gráfico 10.** Distribución de costos según rubros definidos para la atención psicosocial del Papsivi. Promedio 2015 – 2018..... 54

**Gráfico 11.** Costo medio por departamento de la atención del componente psicosocial de Papsivi. Promedio entre 2015 -2018..... 55

**Gráfico 12.** Perfil del Talento Humano que intervienen en la implementación del componente psicosocial..... 58

**Gráfico 13.** Estado de aseguramiento de población general, RUV y víctimas con atención psicosocial Papsivi..... 77

**Gráfico 14.** Distribución del Tipo de Régimen para el año 2018, según población..... 78



**Gráfico 15.** Departamentos y Municipios con acompañamiento para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial por parte del MSPS 2017 – 2018 ..... 79

**Gráfico 16.** Porcentaje de atenciones en los servicios de salud por grandes causas en población del SGSSS, población identificada en el RUV y población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2014-2018. .... 81

**Gráfico 17.** Frecuencias de uso de la población del SGSSS, de la población RUV y población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2014-2018..... 82

**Gráfico 18.** Promedio de uso de la población del SGSSS, de la población RUV y de la población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2013-2018 ..... 83

**Gráfico 19.** Atención en Salud Mental a la población del SGSSS, a la población RUV y a la población con Atención psicosocial Papsivi. Colombia 2013-2018 ..... 84

**Gráfico 20.** Razones para asistir a los servicios de salud en los últimos 12 meses..... 85

**Gráfico 21.** Luego de solicitar la cita médica en medicina general, en cuanto tiempo recibió la atención ..... 86

**Gráfico 22.** Después de haber recibido atención integral en salud, ¿Usted le recomendaría el proceso a otra persona víctima del conflicto armado? ..... 87

**Gráfico 23.** Grado de acuerdo en el proceso de atención de salud integral ..... 88

**Gráfico 24.** Porcentaje de personas con atención psicosocial Papsivi respecto al total Nacional de atendidos Vs. Porcentaje de personas con atención psicosocial Papsivi respecto al total de víctimas identificadas en el RUV, por departamento. .... 91

**Gráfico 25.** Personas atendidas según modalidad ..... 94

**Gráfico 26.** Distribución pregunta: Para recibir la atención psicosocial, ¿usted tuvo contacto con cuál de los siguientes actores?..... 95

**Gráfico 27.** Distribución pregunta: Al iniciar la atención psicosocial del Papsivi, ¿creía que le iba a ayudar para sentirse mejor?..... 96

**Gráfico 28.** Distribución Pregunta - ¿Cuál fue el momento más relevante (significativo) del proceso de atención psicosocial? (Relacionado con...)..... 97

**Gráfico 29.** Distribución de la pregunta: Durante el proceso de atención, ¿Cuál de las siguientes situaciones fueron significativas en el marco de la atención psicosocial brindada por Papsivi?. 98

**Gráfico 30.** Distribución de la pregunta: Durante la atención psicosocial ¿pudo reconocer que los hechos de violencia vivida afectaron su salud física? ..... 99

**Gráfico 31.** Atención psicosocial y gestión en salud física y mental ..... 99

**Gráfico 32.** Calificación del proceso de atención psicosocial del Papsivi..... 100

**Gráfico 33.** Cambios luego de la atención psicosocial ..... 102

**Gráfico 34.** Escala respecto de situaciones vividas luego del proceso de atención psicosocial 102

**Gráfico 35.** Distribución de pregunta: Participación en actividades familiares o procesos comunitarios luego de la atención psicosocial ..... 103

**Gráfico 36.** Sentimientos al momento de volver a hablar con otra persona motivados por la atención psicosocial recibida..... 104

**Gráfico 37.** Calificación a los profesionales (grado de acuerdo) ..... 105

**Gráfico 38.** Promedio y Mediana de los puntajes en las tres (3) aplicaciones de *Percepción de Recuperación* por modalidades. .... 107

**Gráfico 39.** Promedios de los índices de percepción de recuperación ..... 109

**Gráfico 40.** Índice de percepción de recuperación agrupado por departamento 2017 - 2018 .. 111



**Gráfico 41.** Promedio de la valoración de rehabilitación psicosocial por modalidad en los años 2017 y 2018..... 116

**Gráfico 42.** Promedios índices de rehabilitación por modalidad entre 2017 - 2018 ..... 117

**Gráfico 43.** Índice de rehabilitación psicosocial agrupado por modalidades, por departamento en los años 2017 y 2018 ..... 119

**Gráfico 44.** Relación entre los índices de rehabilitación y de percepción por departamento y por modalidad..... 121

**Lista de Tablas**

**Tabla 1.** *Medidas de rehabilitación para víctimas de conflicto interno en Perú, Chile, Guatemala y Colombia.* ..... 20

**Tabla 2.** Fuentes de financiación, por año, para la implementación del componente psicosocial del Papsivi 2013-2018 ..... 51

**Tabla 3.** Número de Víctimas registradas y atendidas ..... 90

**Tabla 4.** Estadísticas descriptivas del índice de percepción de recuperación en el momento 3 109

**Tabla 5.** Estadísticas descriptivas del análisis de variación de la percepción de recuperación. 113

**Tabla 6.** Estadísticas descriptivas del índice de rehabilitación psicosocial promedio 2017 y 2018 ..... 117



## Introducción

El conflicto armado interno colombiano duró cerca de 30 años y dio como resultado la victimización de cerca del 16% de la población colombiana, es decir, 8 millones de colombianos en la actualidad presentan o están en riesgo de presentar afectaciones en su salud física y/o mental por los hechos ocurridos. (Registro Único de Víctimas, 2019)

Ante esta situación, y en consecuencia con las competencias definidas en la Ley 1448 de 2011, el MSPS ha ejecutado desde el año 2013 el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi), el cual hace parte del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y cuyo objetivo principal es “Garantizar la asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia”. (MSPS, 2017a, p. 20)

Teniendo en cuenta que el Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” 2018-2022 busca examinar y redefinir la política de víctimas, así como los efectos del Acuerdo Final de Paz (2016), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) consideró fundamental realizar la evaluación del Papsivi con el propósito de conocer sus resultados y opciones de mejora, a fin de formalizar recomendaciones, basadas en evidencia, que permitan el ajuste de su implementación, así como su fortalecimiento, lo cual redundará en la mejora en la calidad y el acceso a las medidas en salud integral y atención psicosocial de las víctimas.

Esta evaluación, se realizó a través de un proceso de coordinación entre la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales<sup>5</sup> y la Oficina de Promoción Social, en el marco de las competencias asignadas en el Artículo 13 del Decreto 4107 de 2011. Adicionalmente, con el fin que la evaluación se fortalezca con la visión y aportes de otros actores sectoriales, institucionales y académicos, externos al programa y al MSPS, el proceso ha contado con la participación de

---

<sup>5</sup> Durante la primera fase de la evaluación participó como integrante activo del equipo investigador y, en la segunda fase, como lector y comentarista del documento final de la evaluación.



instituciones y pares expertos<sup>6</sup> de quienes se recibieron recomendaciones y sugerencias, las cuales se incorporaron para que la evaluación cumpliera las más altas expectativas de rigurosidad metodológica.

La evaluación se planteó en dos fases, la primera tuvo como objetivo diseñar la metodología y analizar la información interna disponible en el MSPS y la segunda, tuvo como propósito recolectar información externa a través de la aplicación de instrumentos alternos a los sistemas de información del Ministerio, para posterior profundización de los resultados de la evaluación según los objetivos y alcances propuestos.

Así, este documento contiene, en primer lugar, los antecedentes del conflicto armado y el contexto general de los inicios de la política pública, en segundo lugar, se realiza la descripción del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi), posteriormente se realiza la explicación del diseño metodológico elaborado para desarrollar la evaluación de resultados de Papsivi.

A continuación, se muestra un análisis de elementos operacionales e institucionales que es utilizado como contextualización y control para la evaluación de resultados de Papsivi. Finalmente, se presenta la evaluación de resultados de Papsivi, que contiene los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones. De manera adicional, se incorporan las referencias bibliográficas de los textos que se han revisado y mencionado a lo largo del presente documento.

---

<sup>6</sup>Fabio Idrobo de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Andrés Moya la Universidad de los Andes y Angela María Estrada de la Fundación Quira, Adicionalmente, se recibieron comentarios del Departamento Nacional de Planeación-DNP y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS



## 1. Antecedentes y Contexto

### 1.1. Contexto internacional.

Las graves violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) o las infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) cometidas en diferentes conflictos armados a nivel mundial sobre personas, familias, comunidades y colectivos, han generado en ellos múltiples afectaciones físicas, psicológicas, emocionales, sociales, culturales y económicas.

El reconocimiento de esta situación implicó que la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes definiera obligaciones de los Estados en cuanto a reparación de las víctimas, incluida la rehabilitación. (Naciones Unidas, 1984, Artículo 14). Por su parte, la Subcomisión de Naciones Unidas de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, refirió la rehabilitación como una forma de reparación para las graves violaciones de los Derechos Humanos. (Resolución 1989/13 de 1989)

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), en la sentencia del caso “19 Comerciantes Vs Colombia”, refirió como otras formas de reparación “la provisión de servicios de salud, incluidos los programas de apoyo psicosocial para los familiares afectados por la desaparición, conforme a sus necesidades y la opinión de profesionales capacitados en el tratamiento de los efectos de la violencia y la desaparición forzada”. (Corte IDH, 2004, p. 118)

Diferentes antecedentes le permitieron a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecer los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”. En los que se definió a la víctima como aquella persona que “haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales” y reconoció que las víctimas “deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, y han de adoptarse las medidas apropiadas para garantizar su seguridad, su bienestar físico y psicológico y su intimidad, así como los de sus familias.” (Resolución 60/147 de 2005, numeral 8 y 9)

En suma, las disposiciones internacionales acá referidas, señalan que las políticas dirigidas



a víctimas del conflicto armado deben brindar atención médica y psicológica como medida de rehabilitación para reducir y/o recuperarse de los padecimientos físicos y psicológicos que la violencia ha generado en ellas y en sus familiares.

**1.1.1. Incorporación de la medida de rehabilitación en las políticas de gobierno de Perú, Chile y Guatemala.** En Latinoamérica existen varias experiencias relacionadas con políticas y/o programas diseñados por los gobiernos para garantizar los procesos de rehabilitación a las personas, familias y comunidades que han sido víctimas de conflictos internos o de abusos cometidos por fuerzas estatales. Ver tabla 1.

**1.1.1.1. Perú.** En el año 2001, a través de los Decretos Presidenciales 065-2001-PCM y 101-2001-PCM, estableció la Comisión de Verdad y Reconciliación (CVR) con el objeto de: i) “Analizar las condiciones políticas, sociales y culturales, así como los comportamientos que, desde la sociedad y las instituciones del Estado, contribuyeron a la trágica situación de violencia; [...]”; ii) “Elaborar propuestas de reparación y dignificación de las víctimas y de sus familiares”; entre otros (Art. 2). El informe de la CVR dio como resultado la creación del Programa de Reparaciones en Salud (PRS), mediante la Ley 28592 de 2005, que tiene por objeto “contribuir a que la población afectada por el conflicto armado interno recupere la salud mental y física, que se reconstituyan las redes de soporte social y se fortalezcan las capacidades para el desarrollo personal y social” El programa tendrá un componente de atención clínica (física y mental) y estrategias de promoción y prevención.

**1.1.1.2. Chile.** La Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (CNVR) se crea a través del Decreto Supremo No. 355 de 1990. Su objetivo fue contribuir al esclarecimiento global de la verdad sobre las graves violaciones a los DDHH cometido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 11 de marzo de 1990. Entre las afectaciones en salud que refirió la CNVR se encuentran los problemas físicos y mentales de las víctimas y sus familiares y las alteraciones personales cobijan los círculos sociales.

Como resultado de los hallazgos y recomendaciones de la CNVR, a través de la Ley 19.123 de 1992, se crea el Programa de Reparación y Atención Integral de Salud para las Víctimas de



Violaciones de Derechos Humanos (PRAIS), cuyo objetivo “es aminorar los impactos del daño en la salud tanto a víctimas/sobrevivientes directos como a las personas con secuelas, generadas por el daño transgeneracional, ocasionados por las violaciones a los derechos humanos”.

**1.1.1.3. Guatemala.** La Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) de Guatemala fue creada en 1994 a partir de la suscripción del Acuerdo de Paz y tenía como mandato “elaborar un informe que contuviera los resultados de las investigaciones realizadas y ofrezca elementos objetivos de juicio sobre lo acontecido entre enero de 1962 y diciembre de 1996, abarcando a todos los factores, internos y externos”.

Acorde con las recomendaciones de la CEH, a través del Acuerdo Gubernativo 258-2003, se crea el Programa Nacional de Resarcimiento (PNR) que tiene la finalidad de atender “(...) a todas las víctimas de violaciones a los derechos humanos por causa del enfrentamiento armado interno, que sufran afecciones psicosociales y físicas derivadas de dichos hechos (...)”. (Instancia Multi-institucional por la Paz y la Concordia, 2002, p. 28-29).

A modo de comparación entre los países referidos anteriormente con el caso colombiano, que será abordado en profundidad en el siguiente apartado, se elaboró la Tabla No. 1, de la cual se infiere que Colombia ha tenido un porcentaje de víctimas que supera, en al menos 10 veces, a las demás naciones identificadas, con lo cual se puede señalar la trascendencia del reto que tiene el país en cuanto a la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado, así como los altos costos que ello implica.

**Tabla 1.** Medidas de rehabilitación para víctimas de conflicto interno en Perú, Chile, Guatemala y Colombia.

País	Años de conflicto	No. Víctimas reconocidas	% de Víctimas respecto a la población general	Hechos de violencia	Medidas de rehabilitación contempladas
Perú	20	69.280	0,3 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Desapariciones forzadas;</li> <li>ii) Ejecuciones arbitrarias;</li> <li>iii) Asesinatos y masacres;</li> <li>iv) Torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes;</li> <li>v) Violencia sexual contra la mujer;</li> <li>vi) Violación del debido proceso</li> <li>vii) Secuestros y tomas de rehenes;</li> <li>i) Violencia contra niños y niñas, y violación de derechos colectivos.</li> </ul>	<p><b>Programa Integral de Reparaciones:</b> Ley 285942 de 2005<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención clínica;</li> <li>b) Acceso a la salud; y,</li> <li>c) Estrategia de promoción y prevención. La atención clínica está enfocada en atender las afectaciones físicas y/o psicosociales causadas por el conflicto interno.</li> </ul>
Chile	17	119.557	0,9 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>ii) Detenidos desaparecidos;</li> <li>iii) Ejecutados políticos;</li> <li>iv) Prisioneros políticos / Torturados;</li> <li>v) Exonerados; y</li> <li>vi) Exonerados de la tierra</li> </ul>	<p><b>Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS):</b> Ley 19.123 de 1992<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención integral (biológica, psicológica y social);</li> <li>b) Participación de las víctimas;</li> <li>c) Programación de acciones a mediano y largo plazo; y</li> <li>d) Acceso a los servicios independiente de la capacidad de pago de las víctimas.</li> </ul>

País	Años de conflicto	No. Víctimas reconocidas	% de Víctimas respecto a la población general	Hechos de violencia	Medidas de rehabilitación contempladas
Guatemala	34	201.500	1,6 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Ejecuciones extrajudiciales;</li> <li>ii) Tortura física y psicológica;</li> <li>iii) Desaparición forzada;</li> <li>iv) Violencias contra la niñez;</li> <li>v) Desplazamiento forzado;</li> <li>vi) Violencia sexual;</li> <li>vii) Reclutamiento forzoso;</li> <li>viii) Masacres</li> </ul>	<p><b>Programa Nacional de Resarcimiento (PNR)</b> <sup>3</sup> Acuerdo Gubernativo 258-2003.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Realización de diagnósticos de los problemas psicosociales;</li> <li>b) Atención psicosocial integral</li> <li>c) Programas de educación recuperación de la historia;</li> <li>d) Promoción de la salud mental en el ámbito Comunitario; y</li> <li>e) Capacitación a personal de salud comunitario e institucional; entre otras.</li> </ul>
Colombia	34 Periodo de ocurrencia para el registro	8.433.004 <sup>4</sup>	18 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Abandono o Despojo Forzado de Tierras;</li> <li>ii) Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos;</li> <li>iii) Amenaza;</li> <li>iv) Confinamiento;</li> <li>v) Delitos contra la libertad y la integridad sexual;</li> <li>vi) Desaparición forzada;</li> <li>vii)Desplazamiento;</li> <li>viii)Homicidio;</li> <li>ix) Lesiones Personales Físicas;</li> <li>x) Lesiones Personales Psicológicas;</li> <li>xi) Minas antipersonas/Munición sin explotar/Artefacto explosivo;</li> <li>xii)Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles;</li> <li>xiii) Secuestro;</li> <li>xiv) Tortura; y,</li> <li>viii) Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes</li> </ul>	<p><b>Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi:</b> Ley 1448 de 2011<sup>5</sup></p> <p>La rehabilitación se comprende como el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención de los daños en la salud física y mental.</li> <li>b) Atención de los impactos psicosociales.</li> <li>c) Atención psicosocial a través de los ámbitos, individual, familiar y comunitario</li> <li>d) Buscar la reconstrucción del tejido social en las comunidades afectadas</li> </ul>

**Fuente:**

<sup>1</sup>/Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003. Informe Final. Perú.

<sup>2</sup>/Lira, Elizabeth, y Brian Loveman. 2005. Políticas de reparación: Chile 1990-2004. Lom Ediciones.

<sup>3</sup>/Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). Tomado el 21 de abril de 2019 de: <http://shr.aas.org/guatemala/ceh/mds/spanish/toc.html>

<sup>4</sup>/Fuente: Tomado el 21 de abril de 2019 de: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

<sup>5</sup>/Ley 1448 de 2011. Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Congreso de la Republica



## 1.2. Violencia y conflicto armado en Colombia

La sociedad colombiana ha vivido una prolongada situación de violencia, que se ha dado a través de diversos tipos de expresiones y que se remonta a finales de la década del 40 del siglo pasado, teniendo periodos de alta y baja intensidad en la confrontación, lo que ha generado consecuencias de diferente índole.

Las dinámicas del conflicto armado interno colombiano han tenido variaciones a lo largo del tiempo, han cambiado los móviles, se han modificado los escenarios geográficos de confrontación, tanto en lo rural como en lo urbano, y han cambiado, participado e involucrado diferentes y múltiples actores. No obstante, la presencia en los hechos bélicos de grupos armados organizados irregulares como las guerrillas, los denominados paramilitares, y regulares como son las fuerzas estatales es característica sobresaliente el predominio de las afectaciones a la población civil no combatiente, en mayor grado a poblaciones aisladas y/o sectores pobres y marginados, y a los que por razones de identidad y pertenencia se manifiestan como diferentes a los patrones socioculturales predominantes.

Estos hechos han generado múltiples afectaciones a la infraestructura, a la economía, a la vida social y política, y a la población, lo que ha tenido incidencia en asuntos relacionados con el desarrollo, la pobreza, y el bienestar humano y social. En lo que corresponde al tipo de violencia, se destaca la permanente violación de los DDHH y las infracciones al DIH, la vulneración de derechos individuales y colectivos en lo social, económico, cultural y ambiental, con consecuencias altamente negativas para la calidad de vida en general.

Estas anomalías en la dinámica social tienen agravantes en la medida en que inciden en una amplia fractura del tejido social, que se refleja en la desestructuración de familias, comunidades y colectividades socioculturales, en la desconfianza, en la resistencia a fortalecer las formas de participación, en la intolerancia y en la permanencia de los conflictos y contradicciones. Además, dicha situación genera el menoscabo de la dignidad humana debido a las afectaciones psicosociales y sufrimiento emocional, situando a las víctimas en una condición de vulnerabilidad extrema.

Como respuesta a lo anterior, en los últimos 20 años, Colombia ha desarrollado un largo proceso de examen jurídico y político en cuanto al reconocimiento de las víctimas y sus derechos,



proceso que se ha servido de múltiples sentencias judiciales, leyes y decretos que contienen medidas para la atención y reparación integral y prioritaria de todas las víctimas del conflicto armado interno. Para mayor especificación, ver: *Informe Metodológico - Capítulo 1*.

### 1.3. Víctimas de la violencia en Colombia.

Según el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 se consideran víctimas “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Para planificar y aplicar políticas y programas de asistencia y reparación dirigidos a las víctimas del conflicto armado, se creó el Registro Único de Víctimas (RUV), el cual tiene como principal objetivo identificar y caracterizar a la población. A la fecha este registro muestra un total cercano a los 8 millones de personas, lo cual representa el 16% de la población colombiana. Al tomar como referencia la información contenida en el RUV<sup>7</sup> y los cruces con las fuentes del MSPS, el presente apartado muestra una caracterización general de la población víctima del conflicto armado en Colombia.

**1.3.1. Localización de las víctimas.** Según el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del MSPS, a 31 de diciembre de 2018, se identificaron plenamente 7.801.623 personas víctimas registradas en el RUV. Según residencia, Antioquia es el departamento que tiene el mayor número de víctimas con 1.030.803, el 14,1% del total de las

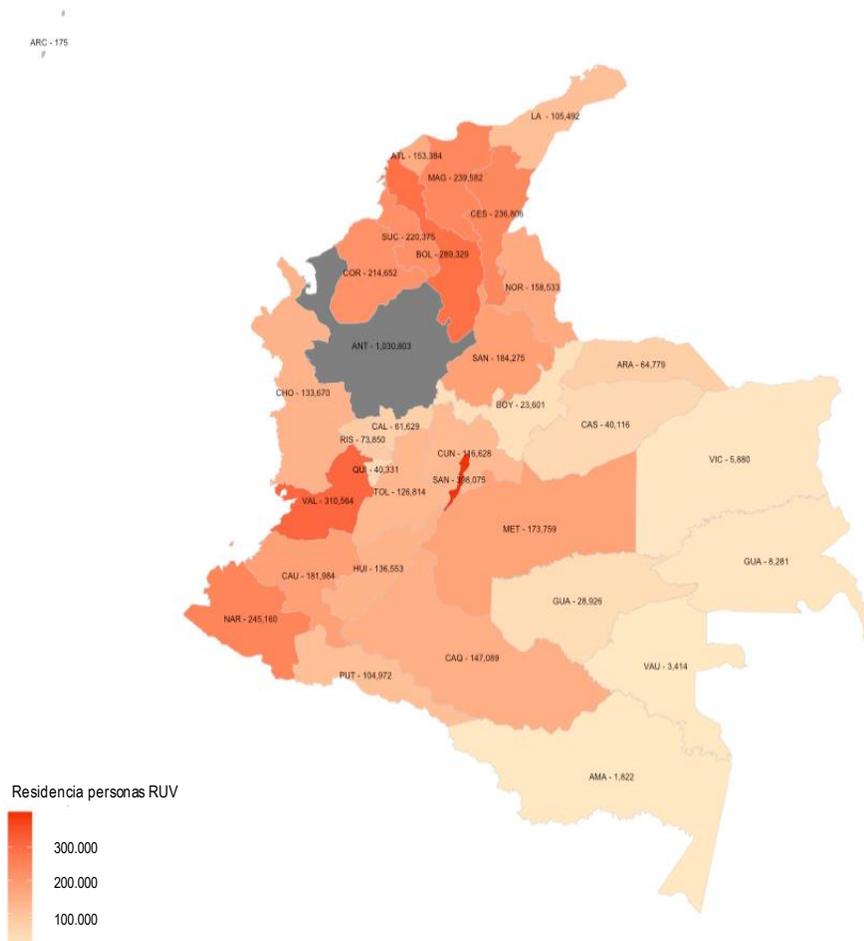
---

<sup>7</sup> Según el RUV - Fecha Corte: 2019/01/01



víctimas registradas, le siguen Bogotá D.C con 398.075 y el Valle del Cauca con 310.564 que representan el 5,4% y 4,2% respectivamente.

**Gráfico 1.** Distribución de la Población plenamente identificada como Víctima según departamento.



Fuente: SISPRO: RUV - Fecha Corte: 31 de diciembre de 2018

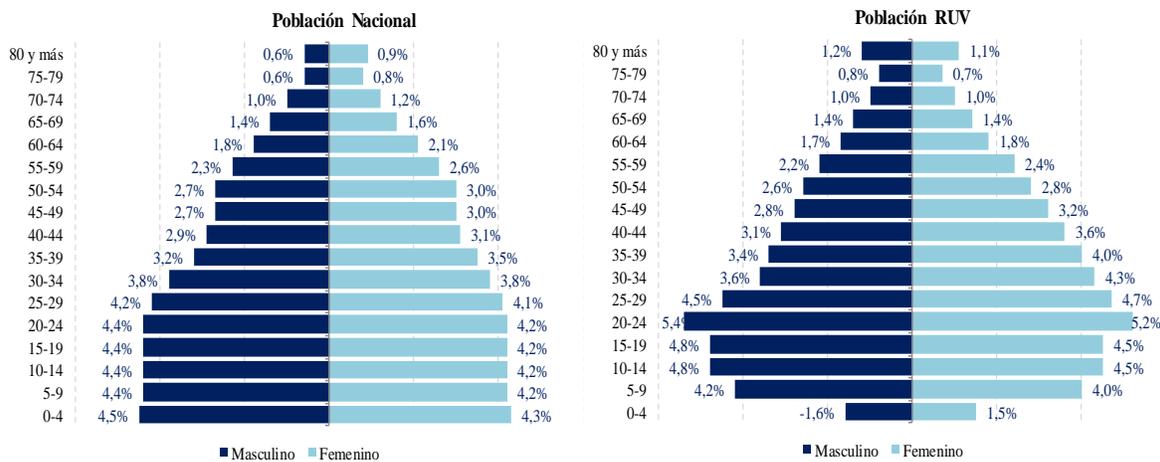
**Nota:** Dado que Antioquia concentra el 14,1% del total de personas víctimas, no se incluyó en la escala de colores y se identificó con color gris. Lo anterior con el propósito de mostrar la concentración de víctimas en el resto del país sin el sesgo que generara Antioquia.

Cabe resaltar que en la región caribe residen 1.220.032 víctimas, dentro de la cual sobresalen los departamentos de Bolívar, Cesar y Sucre, cuyas participaciones según número de víctimas respecto del total son de 4,0%, 3,2% y 3,0% respectivamente.



**1.3.2. Características demográficas.** Tras cruzar la información del RUV con las bases del SISPRO (BDUA, RLCPD y datos demográficos) se identificó que el 58% de la población plenamente identificada tiene entre 20 y 59 años, el 31% menos de 20 años y el 11% más de 60 años. Por sexo, las mujeres representan el 51% del total de la población, mientras que el porcentaje restante está representado por los hombres (49%). Al comparar la pirámide de poblacional general colombiana con la pirámide de víctimas incluidas en el RUV, se encuentra que entre los 10 y los 45 años hay un porcentaje mayor de mujeres víctimas (34,8%) que en el nivel nacional (27,1%), y un mayor porcentaje de hombres víctimas entre los 10 y los 30 años, representando el 19,5% mientras que en el nivel nacional es del 17,4%.

**Gráfico 2.** Pirámide población general – Población víctima plenamente identificada



Fuente: DANE y SISPRO: RUV - Fecha Corte: 31 de diciembre de 2018.

**1.3.3. Hechos Victimizantes.** En total, el RUV caracteriza 12 hechos victimizantes, de los cuales se identifica el desplazamiento forzado como el principal representando el 80% del total de hechos generados en el marco del conflicto armado interno. En el costado derecho del Gráfico 3 se señalan los hechos victimizantes sin incluir el desplazamiento forzado, donde se destacan el homicidio y la amenaza con más del 70% del total de hechos victimizantes.



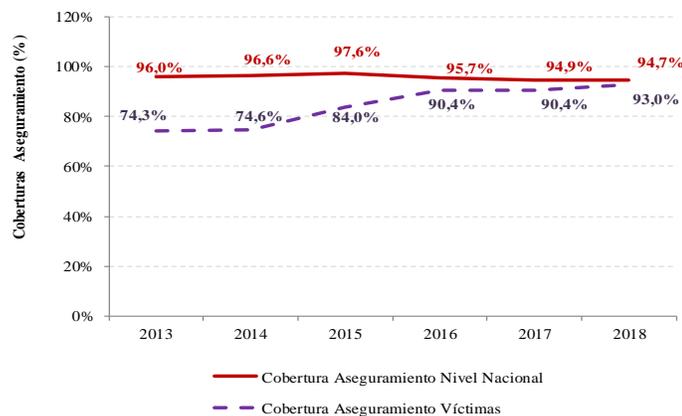
Gráfico 3. Porcentaje de víctimas según hecho victimizaste



Fuente: SISPRO: RUV - Fecha Corte 31 de diciembre de 2018

**1.3.4. Afiliación en el SGSSS.** De acuerdo con los informes presentados al Congreso de la República por el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>8</sup>, en los últimos 6 años, las víctimas plenamente identificadas en SISPRO, incrementaron paulatinamente su aseguramiento en el SGSSS. Como se indica en el Gráfico 4, mientras que, en 2013, el 74,3% de las víctimas estaban afiliadas, en 2018 el porcentaje de afiliados aumentó hasta el 93,0%.

Gráfico 4. Estado de afiliación en el SGSSS de las personas víctimas\*



Fuente: Informes del Gobierno al Congreso de la República - SISPRO: Víctimas y RUAF. Fecha Corte 31 de diciembre de 2018

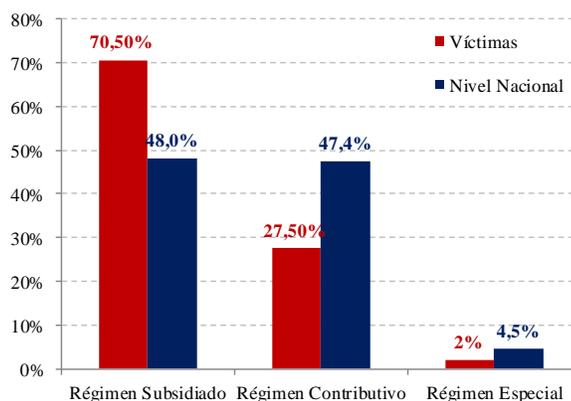
\* La afiliación al SGSSS anual fueron estimados por la oficina de aseguramiento del MSPS

<sup>8</sup> Coordinación de víctimas, Oficina de Promoción Social.



De las personas víctimas que se encuentran afiliadas al SGSSS, el 73,3% pertenecen al régimen subsidiado, el 24,5% al régimen contributivo y el 2,2% al especial o de excepción. Lo anterior, difiere del general nacional, pues el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado es, aproximadamente, el 48% del total de afiliados (Gráfico 5). De las coberturas mencionadas, se puede inferir que a lo largo del tiempo el Estado colombiano, ha realizado esfuerzos significativos para ampliar la cobertura en salud de las víctimas de conflicto armado aumentando la tasa de afiliación del régimen subsidiado respecto a la nacional.

**Gráfico 5.** Afiliación de las víctimas según tipo de régimen



Fuente: SISPRO: RUAF, RUV - Fecha Corte 31 de diciembre de 2018

#### 1.4. Incidencia de la violencia en la salud de las víctimas.

Ante el reconocimiento que la violencia tiene una gran incidencia en la morbimortalidad de la población y que genera altos costos y afectaciones para los sistemas de salud de los países en conflicto, en 1996 la Asamblea Mundial de la Salud declaró “que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo”. Al respecto, en el “Informe mundial sobre la violencia y la salud” elaborado en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o



privaciones”. (Organización Panamericana de la Salud, 2003, p. XXII y 235 - 260). En el mismo documento se incluyó como uno de los tipos de violencia, el correspondiente a la violencia colectiva, dentro de la cual se hayan inscritos los conflictos armados, los cuales tienen gran incidencia en la mortalidad, la morbilidad y discapacidad, encontrándose en estas últimas las afectaciones físicas y mentales. (OPS, 2003, p. 235 - 260)

Sobre los efectos en salud asociados a la guerra, el Instituto Nacional de Salud (INS) señala que, en términos generales, existen afectaciones asociadas con la mortalidad directa e indirecta, con enfermedades transmisibles y no transmisibles, efectos en salud sexual y reproductiva, en el estado nutricional, en la salud mental y la discapacidad. (INS, 2017)

De manera adicional el INS hace una importante asociación del conflicto y sus efectos en los Determinantes Sociales en Salud (DSS), pues diversas afectaciones en el ámbito económico, sociocultural, ambiental, en la infraestructura vial y de servicios públicos, en el contexto político y directamente en los servicios de salud, tienen importante incidencia sobre las condiciones y estados de salud de la población. (INS, 2017)

Frente a las afectaciones en la salud mental, la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), refiere que lo más dramático en relación con el conflicto armado es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios que en Colombia suman millones, en términos del “encuentro con un horror psíquicamente no asimilable”. Así mismo, los efectos negativos se observan en toda la población colombiana, pues la guerra impulsa un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades de pensar lucidamente; la voluntad y capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la solidaridad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza. (ENSM, 2005, p. 106)

En cuanto a la salud mental y el sufrimiento, el documento refiere que ante hechos traumáticos graves son más las personas que los superan de manera espontánea y con sus propios recursos, e incluso relatan aprendizajes positivos y fortalecimiento personal, lo que da muestra de lo que se ha denominado *resiliencia*, es decir, la capacidad de adaptarse y sobrellevar los eventos negativos de la vida. (ENSM, 2005)



## **2. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi**

### **2.1. Descripción del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi.**

La Ley 1448 de 2011, artículo 137, establece la creación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi), así mismo define que su implementación se genera en el marco del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. En consecuencia, el programa brinda atención integral en salud y atención psicosocial a las víctimas que se encuentran incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) y las personas cuyos derechos a la atención o rehabilitación en salud hayan sido reconocidos o protegidos en decisiones administrativas o en medidas cautelares, sentencias u cualquier otra decisión judicial de carácter nacional e internacional.

El Papsivi tiene como objetivo general “Garantizar la asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia”, y como específicos: i) “Favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario”; y, ii) “Garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial y la rehabilitación física y/o mental a la población víctima del conflicto armado”. (MSPSa, 2017, p. 20)

Por lo anterior el Papsivi está configurado a través de los componentes de salud integral y psicosocial, así como estrategias transversales de coordinación Nación-Territorio, Talento Humano, Participación y Seguimiento y Monitorio.

El componente en salud integral comprende la totalidad de actividades y procedimientos desde el aseguramiento (afiliación), pasando por promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, tendientes a satisfacer las necesidades de salud física y mental de la población víctima. Se define a través del *Protocolo de Atención Integral en Salud*



*con enfoque psicosocial* para las víctimas del conflicto armado, que asume la integralidad en la atención según las orientaciones dadas por la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y en su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

La atención integral en salud de las víctimas del conflicto armado comprende: i) la asistencia en salud; y, ii) la rehabilitación en salud mental y física. Incorpora el enfoque psicosocial en el proceso de atención en salud integral con el propósito de mitigar los daños ocasionados por la violación de sus derechos y transformar sus condiciones de salud.

El componente psicosocial, se entiende como el conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Comprende las modalidades de atención individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, en consonancia con la configuración del daño psicosocial que el conflicto armado ha generado en las víctimas, así el proceso tiene definidos los momentos de: i) Alistamiento y análisis de contexto; ii) Focalización y priorización de la población; iii) Acercamiento y reconocimiento; iv) Inicio de planes de trabajo concertados; v) Valoración de continuidad o cierre, en el abordaje de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos. Los fundamentos conceptuales y profundizaciones metodológicas para la atención psicosocial se encuentran en la *Estrategia de Atención Psicosocial*.

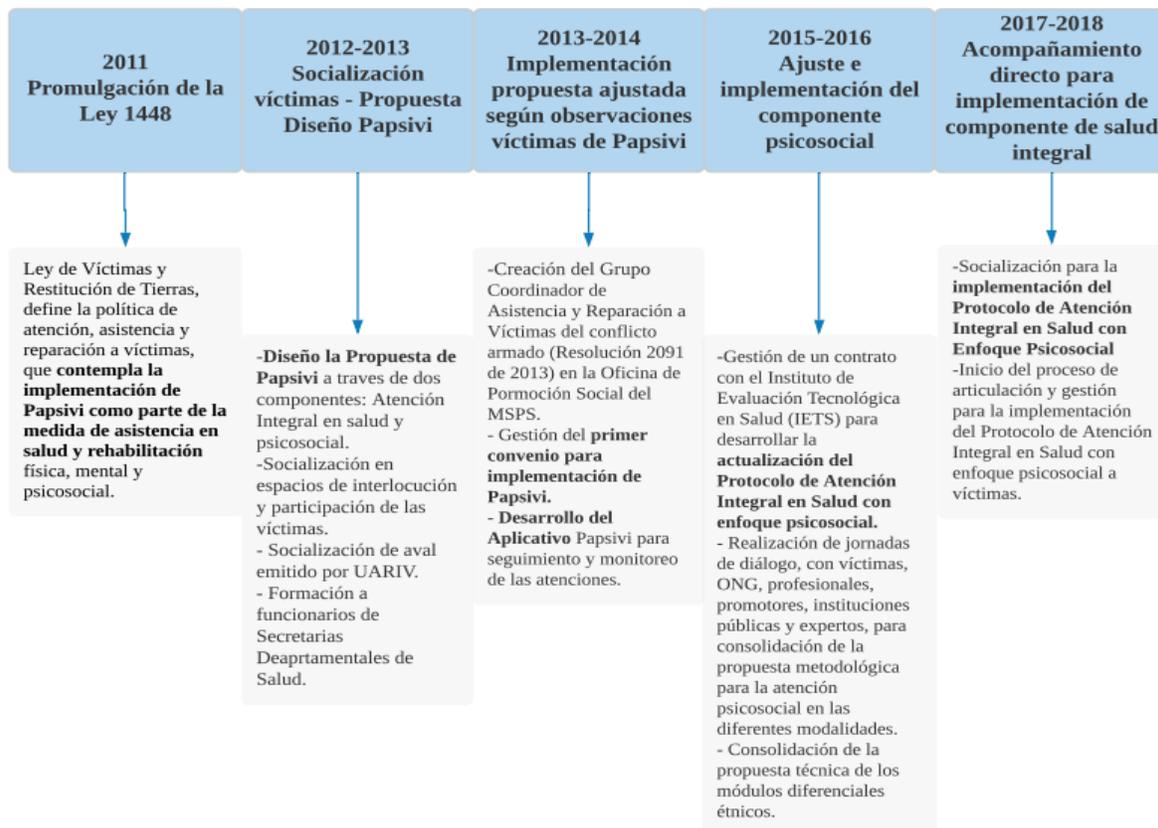
Finalmente, las estrategias complementarias y transversales permiten que su implementación se desarrolle de manera integral, enfocándose en los procesos de formación y cuidado de talento humano, la participación efectiva de las víctimas, la coordinación y articulación Nación-Territorio y el seguimiento y monitoreo.

## **2.2.Línea de tiempo con los momentos más relevantes del proceso de diseño e implementación del Papsivi entre los años 2012 y 2018.**



En este apartado se presenta la línea de tiempo con los momentos más relevantes del proceso de diseño e implementación del Papsivi entre los años 2012 y 2018, así como la descripción de las actividades desarrolladas por el MSPS.

Figura 1. Línea de tiempo – Desarrollo Papsivi



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2019.

Como se puede apreciar en la figura 1, a pesar de que la Ley de Víctimas se promulgó en 2011, sólo hasta el año 2012 se da la socialización de la propuesta de diseño del Papsivi a las víctimas. Posteriormente, en 2013, se inicia la implementación del programa en el componente de atención psicosocial y salud integral, los cuales sufren variaciones en 2015 y 2017, respectivamente. La estabilización del proceso, en términos operativos y técnicos, finaliza en 2018.

Periodo 2012 – 2013. a) Diseño de la propuesta de operación del Papsivi a través de dos componentes: Atención Integral en Salud y Atención Psicosocial. b) Creación Comité



Institucional para la Salud y Protección de las Víctimas del conflicto armado (Resolución 0888 del 23 de abril de 2012). c) Desarrollo de 17 jornadas de socialización de la propuesta de diseño del Papsivi en los Espacios de Interlocución y Participación de las Víctimas (con presencia en 25 entidades territoriales). d) Desarrollo de un Plenario con la Mesa Nacional Transicional de Víctimas (participación de 103 líderes de todo el País). e) Socialización del aval emitido por la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) para la implementación del Papsivi en 230 municipios de 17 departamentos priorizados. f) Realización de jornadas de formación a más de 1.000 funcionarios de Secretarías Departamentales de Salud, enfocado en las competencias asignadas al sector salud en el marco de la Ley 1448 de 2011.

Periodo 2013 – 2014. a) Creación el Grupo Coordinador de Asistencia y Reparación a Víctimas del conflicto armado (Resolución 2091 de 2013). b) Realización de una valoración de la capacidad institucional de las Entidades Territoriales para la implementación del Papsivi. c) Gestión de un convenio de asociación para dar inicio al proceso de implementación de Papsivi en 17 Entidades Territoriales y el Distrito Capital (segundo semestre de 2013 y primer de 2014). d) Adopción de la Resolución 2892 de 2014 para la asignación de recursos de concurrencia para la implementación del Papsivi en 24 Departamentos, 5 Distritos capitales y Cali (segundo semestre de 2014). e) Fortalecimiento del Sistema de Seguimiento y Monitoreo a través del desarrollo del aplicativo Papsivi. f) Afianzamiento del equipo técnico con el propósito de mejorar el proceso a partir de las observaciones y comentarios de las víctimas, los profesionales psicosociales y las Entidades Territoriales. g) Desarrollo de un Plenario Nacional de seguimiento a la implementación del Papsivi y programación de las jornadas departamentales de seguimiento y recolección de insumos para el Capítulo del Plan Decenal de Salud Pública. h) Desarrollo de 30 jornadas de seguimiento a la implementación del Papsivi con las Mesas Departamentales de Participación Efectiva de las Víctimas. i) Implementación del curso virtual “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”, el cual tiene una duración de 60 horas académicas.

Periodo 2015 – 2016. a) Adopción de la Resolución 713 de 2015 y gestión de dos (2) convenios de asociación para garantizar la cobertura del componente de atención psicosocial en 21 Departamentos y el Distrito de Barranquilla. b) Gestión de un contrato con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) para desarrollar la actualización del Protocolo de



Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial. c) Desarrollo de 22 jornadas de seguimiento a la implementación del Papsivi con las Mesas Departamentales de Participación Efectiva de las Víctimas, las cuales incluyeron un taller de formación en derechos y deberes en salud. d) Realización de jornadas de diálogo, con víctimas, ONG, profesionales, promotores, instituciones públicas y expertos, para consolidación de la propuesta metodológica para la atención psicosocial en las diferentes modalidades, (último bimestre de 2014 y primer trimestre de 2015). e) Implementación y validación de las orientaciones metodológicas de la estrategia de atención psicosocial (2015 – 2016). f) Desarrollo de un Plenario con la Mesa Nacional de Víctimas para hacer seguimiento a la implementación del Papsivi. g) Adopción de la Resolución 1123 de 2016 y gestión de dos (2) convenios de asociación para garantizar la cobertura del componente de atención en 23 Departamentos y el Distrito de Barranquilla. h) Acompañamiento a la implementación del Papsivi en Boyacá y Bogotá, quienes lo gestionan a través de recursos propios. i) Desarrollo de 219 jornadas de socialización con igual número de Mesas Municipales de Participación Efectiva de las Víctimas al inicio de la implementación del Papsivi en la vigencia 2016. j) Definición de los lineamientos para la selección de los promotores psicosociales por parte de las Mesas Municipales para la vigencia 2016, atendiendo el compromiso con el Plenario Nacional. k) Actualización del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial con participación de las víctimas, organizaciones acompañantes de las víctimas (ONG), entidades del SNARIV y expertos académicos. l) Realización de 15 jornadas de socialización de la actualización del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial con convocatoria para los 32 departamentos y el distrito capital. m) Consolidación de la propuesta técnica de los módulos diferenciales étnicos y presentación en 4 Kumpaño Rrom y en la Subcomisión de Salud Indígena (noviembre de 2016). n) Implementación del curso virtual de formación en el “Protocolo de Atención en Salud Integral con Enfoque Psicosocial” con una duración de 60 horas académicas.

Periodo 2017 – 2018. a) Adopción de la Resolución 907 de 2017 y gestión de dos (2) convenios de asociación para garantizar la cobertura del componente de atención en 23 Departamentos y el Distrito de Barranquilla. b) Socialización para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y gestión de un proyecto de acompañamiento técnico para su implementación en tres (3) departamentos. c) Acompañamiento



a la implementación del componente psicosocial en Boyacá, Vaupés, Guainía, Tolima y Bogotá, quienes lo implementan con recursos propios. d) Mejoramiento de los indicadores del proceso de atención psicosocial en el Sistema de Seguimiento y Monitoreo. e) Desarrollo de jornadas de socialización del Papsivi en los municipios priorizados en cada vigencia y garantía de selección de los promotores psicosociales por parte de las Mesas Municipales. f) Inicio del proceso de articulación y gestión para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial a víctimas. g) Profundización de las orientaciones metodológicas diferenciales para violencia sexual, reclutamiento ilícito, tortura y desaparición forzada e inicio de la implementación de los módulos diferenciales étnicos (Guacoche, Kitek kiwe). h) Gestión de los recursos de regalías para la implementación del Papsivi. i) Prorroga, para la vigencia 2018, de los convenios de asociación los cuales permiten mantener la cobertura del componente psicosocial en 17 Departamentos. j) Ampliación del proyecto de acompañamiento técnico para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial a víctimas a seis (6) departamentos.

### **2.3. Alcance de las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial contempladas en Papsivi.**

En los procesos de reparación a víctimas de conflictos internos, a nivel internacional, se pueden encontrar diversos sustentos jurídicos, normativos y técnicos que han guiado a los Estados-Nación en la formulación e implementación de política pública para la atención y reparación a las personas, familias, comunidades y colectivos víctimas, a través de planes, programas y/o proyectos.

Así, con el propósito de establecer unas orientaciones mínimas respecto a dichos procesos, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 60/147 de 2005<sup>9</sup>, la cual definió a la víctima como aquella persona que “(...) haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas

---

<sup>9</sup>Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones



económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales” y reconoció que las víctimas “(...) deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, y han de adoptarse las medidas apropiadas para garantizar su seguridad, su bienestar físico y psicológico y su intimidad, así como los de sus familias.” (V – Numeral 8 y 9). Así mismo, estableció que “La *rehabilitación* ha de incluir la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”. (IX. - Numeral 21)

En ese orden, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la rehabilitación y la habilitación se define como los “(...) procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.”

En cuanto al caso Colombiano, el Estado reconoció la ocurrencia de un conflicto armado interno y formuló, a través de la Ley 1448<sup>10</sup> de 2011, la Política de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas del conflicto armado, con el objetivo de crear estrategias, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social para el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas y estableció en el Artículo 25, que las víctimas tienen derechos a ser reparadas “(...) de manera adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño que han sufrido (...)”. Asignándole la responsabilidad de este desarrollo, al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Por otra parte, el MSPS define la Rehabilitación Integral e Inclusión Social como “el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener el mejor desempeño en los aspectos físicos, psicológicos, educativos, sociales y ocupaciones, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e inclusión social (...)”, implementándose “a través de los esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral (...)”. (Resolución 4886 de 2018, MSPS, numeral 8.4)

---

<sup>10</sup> Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.



Con todo lo anterior, al comparar el objetivo Papsivi, con el de programas de otros países de la región (remitirse al capítulo 1) que obedecen a lo establecido en la Resolución 60/147 de 2005 de la ONU, respecto a la atención médica y psicológica y/o servicios jurídicos y/o sociales, se encuentra una diferencia importante de definición, pues mientras países como Chile (PRAIS) y Perú (PRS) se limitan a la *contribución* de la reparación, *al tratamiento de complicaciones en salud y al fortalecimiento* de las capacidades de desarrollo personal de las víctimas, Colombia (Papsivi) busca *garantizar la rehabilitación física, mental y/o psicosocial* de todas las víctimas, lo cual conlleva a que el alcance de Papsivi se desborde, pues a pesar de su comprensión ontológica, las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial no sólo dependen de los procesos diseñados por el MSPS, sino también de los recursos de afrontamiento que tienen las víctimas, a sus historias personales, recursos psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

En conclusión, los procesos de rehabilitación del Papsivi, contemplados en el marco de la reparación, ayudan a *mitigar los daños - afectaciones* en la *salud física, mental y psicosocial* de las víctimas que acceden voluntariamente al proceso, sin embargo, desde el punto de vista clínico y psicológico, no se puede garantizar el retorno a las condiciones físicas y emocionales anteriores al hecho victimizante y sólo la participación activa, consiente y corresponsable del beneficiario podrá dar cuenta de la rehabilitación enmarcada en la Ley 1448 de 2011.

### 3. Diseño de la Evaluación

En este capítulo se presenta la justificación, el objetivo y alcance de la evaluación; así como la descripción del diseño metodológico. Es importante anotar que los detalles del desarrollo metodológico se encuentran contenidos en el documento elaborado previamente denominado: *Informe Metodológico*.

#### 3.1. Estrategia Metodológica.

La metodología de la evaluación de Papsivi se desarrolló en dos fases, *la primera fase* comprende el diseño metodológico, la identificación y análisis descriptivo y de resultado de datos



de acuerdo con las fuentes internas de información del Ministerio de Salud y Protección Social y la definición de las técnicas de recolección de información externa (diseño de instrumentos). *La segunda fase*, incluyó la aplicación de técnicas e instrumentos para la recolección de la información externa al MSPS, para su posterior análisis y consolidación de la evaluación.

Las dos fases se enfocaron en la identificación de resultados, sobre las categorías de análisis de: i) prestación de servicios y ii) monitoreo y evaluación, para luego sustentar los hallazgos y recomendaciones.

Finalmente, como resultado de la evaluación se cuenta con 3 documentos: i) *Informe Metodológico*, ii) *Informe Final Evaluación*.

### **3.2. Justificación.**

La evaluación del Papsivi busca comprender la manera en que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha avanzado en la atención en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial de las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en el país. Esto mediante la identificación de fortalezas, dificultades, logros y aprendizajes en la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi), de tal forma que se brinden recomendaciones de ajuste, en el marco de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a víctimas.

### **3.3. Objetivos de la evaluación.**

El objetivo general es realizar la evaluación de resultados del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi) entre 2013 y 2018, para la generación de recomendaciones que permitan el fortalecimiento de su ejecución.

Los objetivos específicos buscan: i) Analizar si los resultados de la implementación de Papsivi se ajustan a los objetivos del programa y del MSPS; ii) Analizar cómo el desarrollo de algunos elementos de la operación de Papsivi incide en la adecuada ejecución del programa; y,



iii) Analizar el grado de articulación y coordinación de los actores involucrados en el desarrollo de Papsivi para el logro de los resultados.

### 3.4. Alcance de la evaluación.

La evaluación del Papsivi tiene como periodo de referencia los años 2013 a 2018, lo cual sugiere que abarca la mayor parte de la operación del programa. Se enmarca en una evaluación de resultados, por tanto, las variables institucionales y operacionales sirven de contextualización y control a los análisis de resultados, así mismo, a pesar de que se hacen comparaciones entre grupos poblacionales mutuamente excluyentes (Población general no víctima, población víctima que no ha recibido atención psicosocial de Papsivi y población víctima que ha recibido atención psicosocial de Papsivi), las mismas no responden al análisis de una evaluación de impacto.

Así, en la Fase I se avanzó en la identificación de la cadena de valor, en las preguntas orientadoras, en el mapa de actores, en la matriz de consistencia, en las técnicas de recolección de información, el análisis de información interna<sup>11</sup>, en el diseño de los instrumentos de levantamiento de información y en los métodos de análisis de resultados.

En la Fase II se trabajó en la recolección de información externa al MSPS (trabajo de campo), mediante la aplicación de diferentes instrumentos (entrevistas semiestructuradas, grupos focales y una encuesta); dicha información se relacionó con la contenida en la Fase I, con lo que se llegó a un punto de convergencia, donde el análisis de la información interna se robusteció y se profundizó con las deducciones obtenidas en el trabajo de campo.

Así mismo, con el fin de fortalecer el desarrollo de la evaluación y buscar una mayor calidad en los productos esperados, se contó con la participación de pares externos (investigadores y académicos), quienes revisaron y comentaron el diseño metodológico, la propuesta de instrumentos de recolección de información, el análisis de información y revisión del informe que derivó en cada fase de evaluación.

---

<sup>11</sup> Se contó con registros administrativos (registro de atención psicosocial de Papsivi, RIPS, RLCPD, RUAF y registros del proceso de implementación del programa), así como con el RUV de la Unidad para la Reparación Integral de las Víctimas y revisión bibliográfica de carácter nacional e internacional.

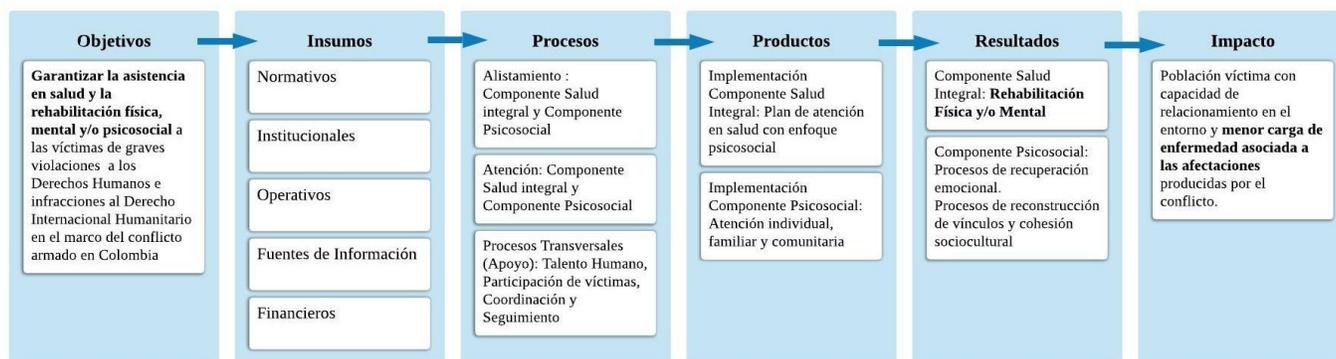


### 3.5. Diseño metodológico.

El diseño metodológico corresponde a una evaluación de resultados de corte mixto (cuantitativa y cualitativa) que, como se dijo anteriormente, busca determinar en qué grado se ha logrado el objetivo del Papsivi en variables como cobertura, atención, percepción y rehabilitación, entre otras, lo anterior dando soporte, a través de un ejercicio para la contextualización y profundización de los análisis con herramientas de análisis operativo e institucional. En este sentido, a continuación, se presentan secuencialmente cada uno de los momentos y resultados del proceso metodológico anteriormente expuesto.

**3.5.1. Cadena de valor.** El punto de partida de la estrategia metodológica es la construcción de la cadena de valor del Papsivi (figura 2), la cual permitió hacer un análisis del programa<sup>12</sup> a partir de los siguientes elementos: a) Insumos<sup>13</sup>: son de carácter normativo, institucional, operativo, financiero y de información; b) Procesos; c) Productos; d) Resultados: planteados tanto para el componente psicosocial como para el componente integral de salud; y, e) Impacto: dentro de los efectos atribuibles al programa se espera que la población víctima sea agente de su recuperación, con capacidad de relacionamiento con el entorno y menor carga de la enfermedad asociada a las afectaciones producidas por el conflicto.

**Figura 2.** Cadena de Valor Papsivi (Resumen)



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2019.  
\*Cadena de valor hace parte del Informe Metodológico.

<sup>12</sup> Ver de forma detallada en el Informe Metodológico  
<sup>13</sup> Son elementos primarios que construyen el proceso y los productos



**3.5.2.Preguntas orientadoras.** Paso seguido y teniendo como insumo la cadena de valor, se plantearon las preguntas orientadoras de la evaluación, las cuales definen el hilo conductor para alcanzar el objetivo general y específicos de la evaluación, así como una guía en los análisis de la información recaudada tanto a nivel interno del MSPS como la recolectada en el trabajo de campo, haciendo énfasis en los resultados de la implementación del Papsivi. Así, dentro de las preguntas que orientan la evaluación se dieron en función de conocer:

*¿Cómo ha sido el proceso de implementación del componente de atención psicosocial y del componente de atención integral en salud del Papsivi?*

*¿Cuál ha sido el aporte de la implementación de las estrategias transversales del Papsivi?*

*¿Cuál ha sido el resultado de la articulación entre los diferentes actores y niveles institucionales para la implementación del componente de atención psicosocial y atención integral en salud del Papsivi?*

*¿Cuál ha sido el aporte del Papsivi en la recuperación emocional y la rehabilitación física y/o mental de la población víctima del conflicto armado atendida?*

**3.5.3.Matriz de consistencia.** Permite identificar los objetivos de la evaluación, las preguntas orientadoras y de investigación, el proceso al que pertenece la pregunta (alistamiento o atención), los actores involucrados para su respuesta, así como los posibles técnicas e instrumentos (cuantitativas o cualitativas) a utilizar para capturar la información. (Ver: *Informe Metodológico*)

**3.5.4.Mapa de actores.** Posteriormente, se continuó con la elaboración del mapa de los actores involucrados en el proceso de implementación del Papsivi, desde el nivel nacional, departamental y distrital; con el fin de conocer sus roles y competencias definidos desde la normatividad, así como la finalidad de sus acciones. Este mapa permite, durante el análisis, contrastar los roles asumidos en la práctica por cada uno de los actores. (Ver: *Informe Metodológico*)



**3.5.5. Técnicas de Recolección de Información.** Para la información más robusta, se contó con fuentes obtenidas del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO. En cuanto a la recolección de información externa, esta se llevó a cabo a través de la aplicación de 33 entrevistas semiestructuradas a los diferentes actores que se involucraron en la implementación de Papsivi durante 2013-2018, 4 grupos focales aplicados a un total de 37 personas en 4 municipios del país (Pasto, Cali, B/quilla, y Villa Nueva) y una encuesta implementada sobre un tamaño de muestra de 711 personas<sup>14</sup>, lo que permitió reportar indicadores de resultados con error de muestreo máximo de 4% y 95% de confiabilidad ofreciendo precisión estadística y con representatividad regional. (Ver: *Informe Metodológico*)

**3.5.6. Método de análisis.** Con el objetivo de responder las preguntas de investigación planteadas en esta evaluación y entender integralmente el fenómeno de estudio, el método de análisis es de corte mixto e involucra la búsqueda, recolección, procesamiento y análisis de información de carácter cuantitativo y cualitativo, por un lado, a través del análisis exploratorio de datos y por el otro, aplicando el enfoque de la Teoría de Cambio (TdC) y de Creación de Valor Público. El objetivo de integrar los dos tipos de datos (cualitativos y cuantitativos) es obtener un panorama completo en la evaluación del Papsivi, pues como lo señala Sampieri (2016), algunas de las justificaciones para usar los métodos mixtos son: 1) permiten contrastar los datos cuantitativos y cualitativos (triangulación); 2) generan una visión más comprensiva del fenómeno de estudio (complementación); y, 3) examinan los procesos de manera holística (amplitud).

#### 4. Elementos Operacionales e Institucionales

El presente capítulo contiene la exposición de los elementos operacionales e institucionales que sirvieron de contextualización y control para la evaluación de resultados de Papsivi. Tiene como principal fuente el análisis documental y la información recolectada a través de la aplicación de 33 entrevistas semiestructuradas, distribuidas así: ADRES (1), Subcomité de Rehabilitación Nacional y Departamentales (5), Mesa Nacional de Participación Efectiva de las

---

<sup>14</sup> Expansión = 141.093.



Víctimas (1), MSPS (2), UARIV (1), Direcciones Territoriales de Salud del orden Departamental y Municipal (3), IPS (1), Mesa Departamental de Participación Efectiva de las Víctimas (5), Operadores del componente psicosocial del Papsivi (6) y Profesionales (7) y Promotor (1) del componente psicosocial del Papsivi.

Así, una vez identificado el panorama general de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado, particularmente en lo relacionado a la medida de rehabilitación, y siguiendo lo planteado en los objetivos específicos de la evaluación, este apartado muestra el análisis de: i) algunos elementos de la operación de Papsivi y ii) la articulación y coordinación de los actores involucrados en el desarrollo de Papsivi. Para ello se realizó un diagnóstico por cada una de las categorías identificadas en la matriz de consistencia<sup>15</sup>.

#### **4.1. Implementación de Papsivi**

**4.1.1. Competencias del MSPS establecidas en la Ley para la implementación del Papsivi.** Las acciones que son competencia del sector salud, frente al diseño e implementación del Papsivi, están establecidas en el artículo 137 de la Ley 1448/2011 y el artículo 164 del Decreto reglamentario 4800/2011. A través de dicha Ley, se dio la directriz al Gobierno Nacional, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, de crear el Papsivi para la atención en salud integral y psicosocial de las víctimas del conflicto armado, que incluyera actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias orientadas a garantizar asistencia en salud y rehabilitación física, mental y/o psicosocial.

En este sentido, las personas víctimas tienen derecho a recibir medidas de asistencia y atención, y medidas de reparación integral, las cuales se implementan en el sector salud para las víctimas a través de Papsivi, así:

Como se observa en la figura 3, en el marco del desarrollo del Papsivi se generaron lineamientos para dar respuesta a las competencias asignadas al Ministerio y en articulación con la política pública de atención, asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado. Por otro lado, se identifican desarrollos específicos en función de las necesidades identificadas en los

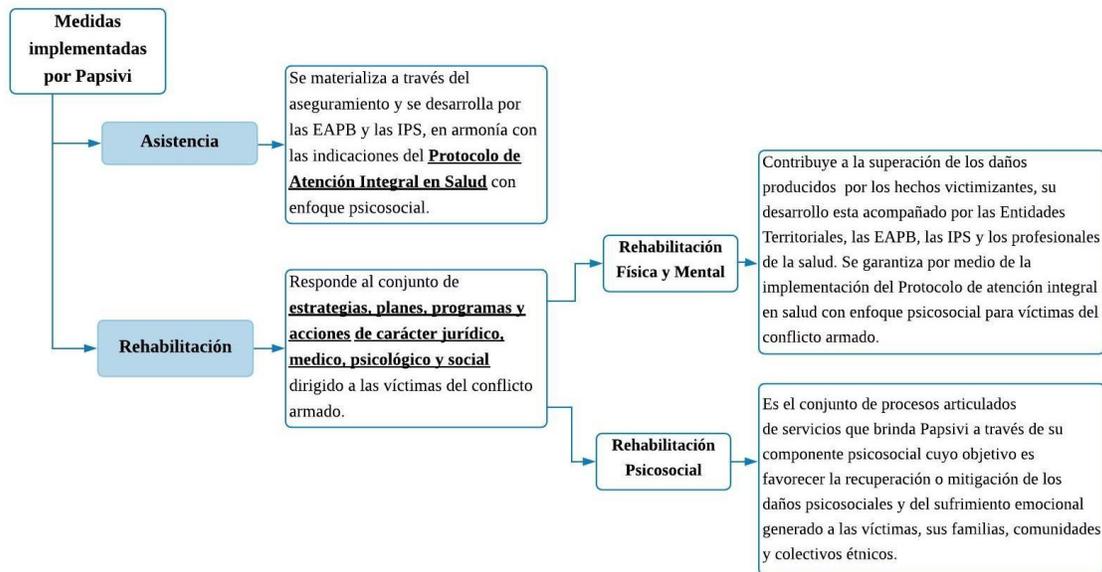
---

<sup>15</sup> Matriz de consistencia se encuentra en el documento metodológico.



aspectos de la salud física, mental y/o psicosocial. Lo anterior atendiendo lo referido en el capítulo 2, numeral 2.2.

Figura 3. Medidas contempladas en el marco del Papsivi



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020 con base en Documento marco de Papsivi

Así, para dar respuesta a las necesidades de salud física y mental el diseño del Papsivi contempló el *Componente de Salud Integral*, el cual incorporó lo referido en el artículo 88 del Decreto 4800 de 2011, relacionado con las medidas de asistencia y atención, e incorporó las indicaciones para la garantía de acceso a la medida de rehabilitación física y mental de las víctimas, en función de las afectaciones generadas por los hechos ocurridos en el marco del conflicto armado.

El Ministerio desarrolló la primera versión del *Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial* entre el 2012 y 2013 y, posteriormente, junto con Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) actualizó las indicaciones entre el año 2016 y 2017. La segunda versión se desarrolló con un enfoque basado en la evidencia, de acuerdo con la metodología definida por la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, la cual propone métodos e instrumentos que guían el análisis e interpretación de la literatura científica. Lo anterior en línea con el Plan Decenal



de Salud Pública de 2012-2021 y la Política de Atención Integral en Salud –PAIS (2015), como se muestra en la figura a continuación:

**Figura 4.** Características del Componente de Salud integral acordes con lo establecido en políticas de salud

Política Integral de Atención en Salud	Marco de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Estado reconoce que los problemas de salud son generados por determinantes sociales.</li> <li>- Interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.</li> <li>- Dos de sus estrategias es la atención con enfoque diferencial en territorios y poblaciones y la gestión integral del riesgo en salud.</li> </ul>
	Componente de Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operacionaliza intervenciones dirigidas a la población víctima del conflicto armado en quien se reconocen situaciones sociales e históricas, contextuales, que influyen en la aparición de morbilidad potencialmente asociada a la vivencia de hechos victimizantes.</li> <li>- Se busca que las entidades territoriales, las EAPB y las IPS, desarrollen actividades que busquen satisfacer las necesidades de salud de la población víctima, incluyendo intervenciones y procedimientos para recuperar su integridad física, emocional y psicológica.</li> </ul>
Plan Decenal de Salud Pública	Marco de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propone avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.</li> <li>- Se desarrolla a través de 7 dimensiones prioritarias y 2 dimensiones transversales, en éstas últimas es donde se encuentra la dimensión de <u>gestión diferencial de poblaciones vulnerables</u>, en la que establece acciones específicas para las víctimas del conflicto armado.</li> <li>- Articulación de acciones de gestión integral del riesgo a nivel individual y colectivo.</li> </ul>
	Componente de Salud Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El protocolo propone que los actores hagan un análisis de la situación de salud de la población con enfoque diferencial para la población víctima.</li> <li>- Se plantea hacer una caracterización de la población víctima afiliada por EAPB.</li> <li>- Propone la gestión de la salud pública y una planeación territorial que incorpore la definición y establecimiento de las redes integradas de servicios de salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial.</li> <li>- Busca integrar acciones que eliminen las barreras a los servicios y puedan brindar una atención multidisciplinaria para las personas.</li> </ul>

Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020 con base en PAIS (2015) y PDSP (2012) y Documento Marco Papsivi (2017)

En consecuencia, la respuesta del *componente de salud integral* busca, como primera medida, la gestión del aseguramiento (afiliación) al SGSSS y su posterior prestación de los servicios en salud, atendiendo las indicaciones definidas en el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial, buscando su articulación de la atención en salud desde la promoción hasta la paliación, involucrando todos los actores del SGSSS.

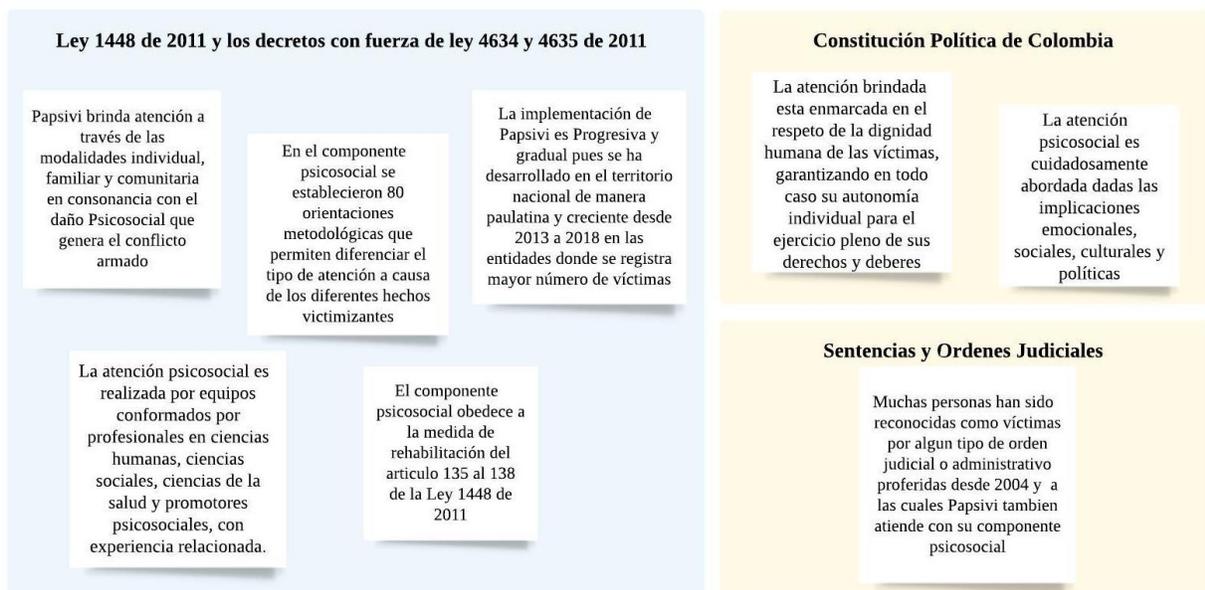
Por otra parte, el Papsivi contempló en su diseño un componente psicosocial, el cual busca mitigar las afectaciones psicosociales de las víctimas del conflicto armado y responde a la medida de rehabilitación psicosocial definida en el marco normativo. Dicho componente fue definido a



través de la *Estrategia de Atención Psicosocial* del Papsivi y contempla la modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica.

Adicionalmente el proceso de implementación del componente psicosocial contempló: i) priorizar la atención en zonas con mayor presencia de víctimas; ii) propensión por la detección y acercamiento a las víctimas; iii) gestión de una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada en procesos de atención a víctimas; y, iv) acceso gratuito a la atención psicosocial. (Ver Figura 5)

**Figura 5.** Características del Componente Psicosocial acordes con lo establecido en las disposiciones



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020 con base Documento Marco Papsivi (2017) y Ley 1448 de 2011

**4.1.2. Procesos definidos para la implementación del Papsivi.** Los procesos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación del Papsivi en sus dos componentes se enmarcan en el alistamiento y la atención.

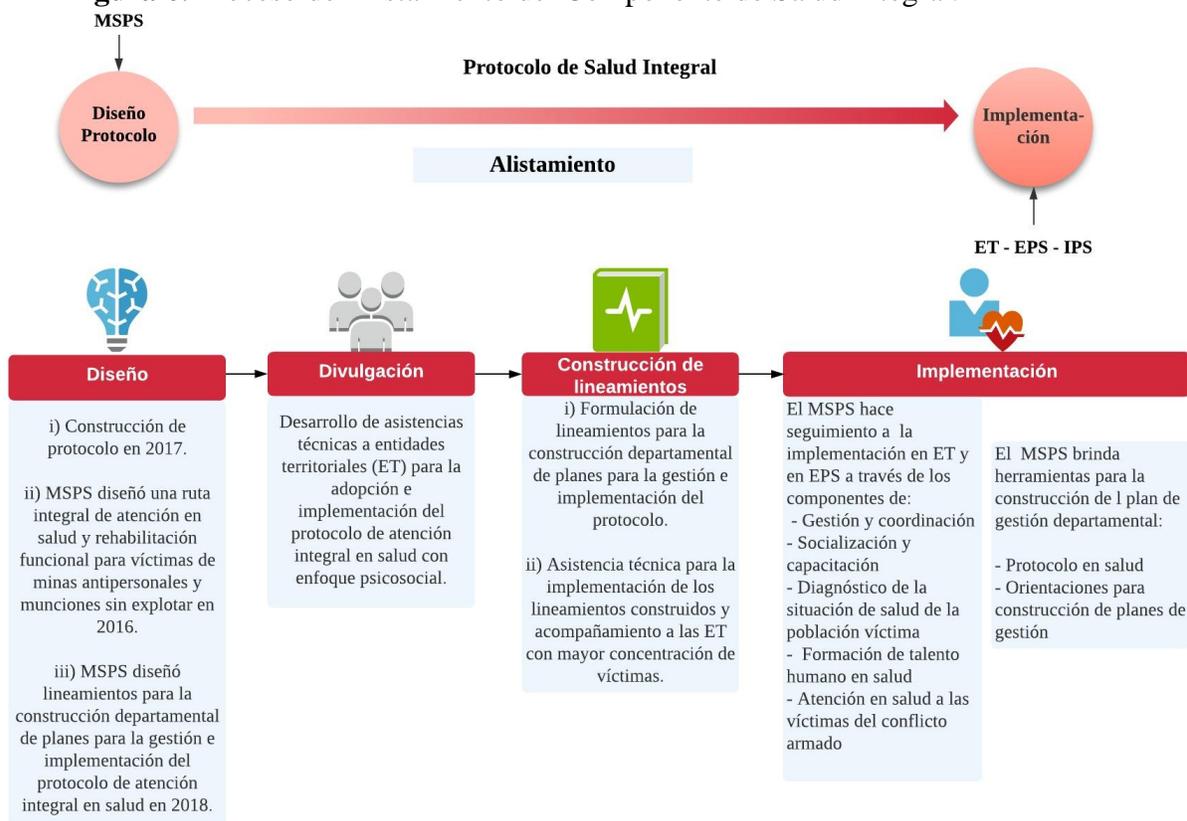
**4.1.2.1. Alistamiento para implementación del componente de Salud Integral de Papsivi.**

El proceso de alistamiento para la implementación del *Protocolo de Atención Integral en Salud*



con enfoque psicosocial<sup>16</sup>, se centró en su socialización, el desarrollo de asistencia técnica a los actores del SGSSS para la definición de rutas para el acceso a los servicios de la salud a la población víctima, la formación del Talento Humano para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la prestación de los servicios de salud, la constitución de los equipos multidisciplinarios, la interoperabilidad de los sistemas de información para la identificación de las personas víctimas en la base de afiliados de las EPS, entre otras. Dicho proceso se puede observar en la figura 6.

**Figura 6.** Proceso de Alistamiento del Componente de Salud Integral.



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en Documento Marco Papsivi y Protocolo de Salud integral (2017).

Es importante señalar que el MSPS, como entidad rectora del SGSSS, cumple con el direccionamiento frente a la implementación del *Protocolo de Atención Integral en Salud con*

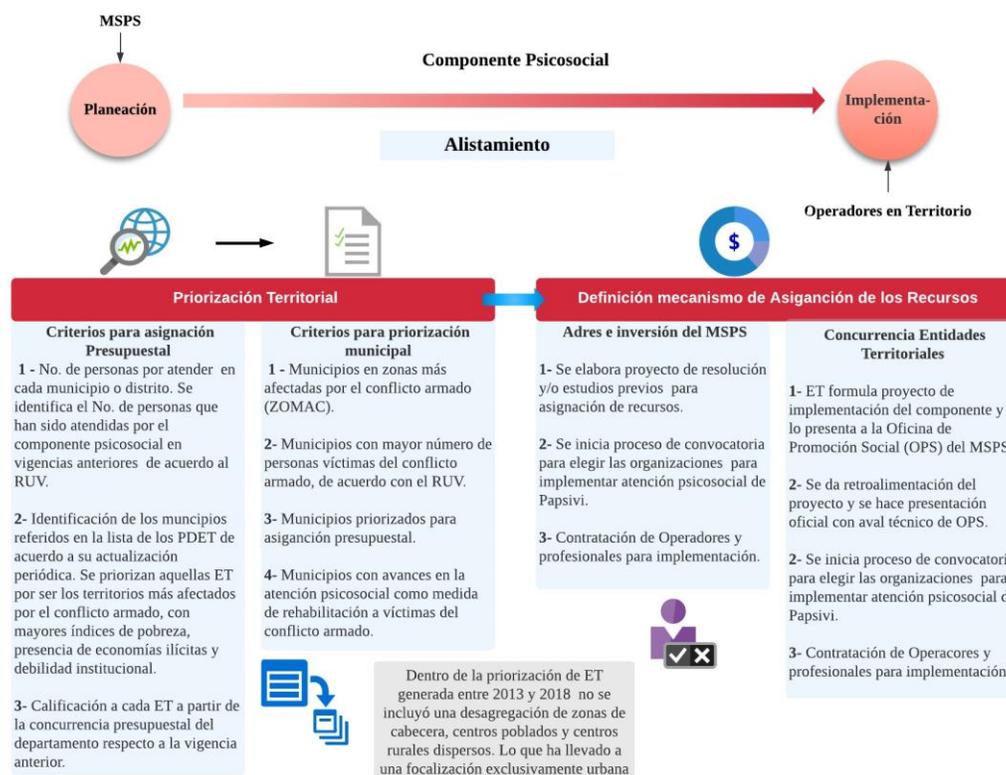
<sup>16</sup> MSPS, (2017). Protocolo de atención integral con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/protocolo-atencion-Integral-enfoque-psicosocial-victimas-conflicto-armado-papsivi.pdf>



enfoque psicosocial, en consecuencia, la obligación de la implementación les corresponde a los demás actores del sistema, entre ellos a las Entidades Territoriales, las EAPB, IPS, equipos multidisciplinarios, entre otros.

**4.1.2.2. Alistamiento para la implementación del componente psicosocial del Papsivi.** El proceso de alistamiento de este componente se explica con mayor detalle en el Documento Marco del Papsivi<sup>17</sup> y consiste en el proceso de contratación (operadores), formación del Talento Humano, análisis del contexto (características sociales, políticas, del conflicto), así como la identificación de la oferta de programas y proyectos sociales dirigidos para población vulnerable. Dicho análisis lo deben realizar los profesionales dispuestos en cada Municipio y/o Departamento con el apoyo y orientación de las Secretarías de Salud de la Entidad Territorial.

Figura 7. Proceso de Alistamiento del Componente Psicosocial



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020.

<sup>17</sup> MSPS (2017). Documento Marco de Papsivi. Pág.17



Como se observa en la figura 7, dentro del proceso de alistamiento para implementación del componente psicosocial se encuentra principalmente la identificación de los territorios prioritarios donde se debe desarrollar el componente, lo que demuestra un esfuerzo del MSPS por comprender otros planes y proyectos del Gobierno dirigidos a las víctimas del conflicto armado.

**4.1.3. Atención a víctimas en el marco del Papsivi.** Luego del proceso de alistamiento en los componentes de salud integral y psicosocial se hace efectiva la atención, la cual está definida por los lineamientos del MSPS<sup>18</sup> y en la que sobresalen diferentes momentos que definen el proceso de implementación.

Para la atención en el *componente de salud integral*, las víctimas deben ser atendidas, según los momentos de: i) recepción y bienvenida (Enfermeros); ii) establecimiento plan de atención (equipo multidisciplinario); iii) acompañamiento permanente en la gestión del plan (auxiliares de enfermería); iv) atención por parte de todos los integrantes del equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, enfermero y trabajador social); y, v) cierre del plan (médicos). En citas con plazos de tiempo de asignación no mayores de dos meses.

En la atención en el *componente psicosocial*, el MSPS priorizó la búsqueda activa de las víctimas en territorio a través de los promotores psicosociales (personas víctimas) y el proceso se adelanta en cinco momentos: i) alistamiento y análisis de contexto; ii) focalización y priorización; iii) acercamiento; iv) inicio plan de trabajo concertado; y, v) valoración para el cierre. Además, la atención se puede dar mediante la modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica, cabe mencionar que una víctima puede acceder a una o varias modalidades y son atendidos en un promedio de 8 sesiones por temática abordada.

Para mayor especificación de cada uno de los momentos y de su articulación en los componentes, se puede consultar el anexo “*Cadena de Valor*” del *Informe Metodológico*.

**4.1.4. Recursos invertidos en la implementación de Papsivi entre 2013 – 2018.** En Colombia, el sistema de salud se fundamenta en el aseguramiento universal, el cual permite el

---

<sup>18</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/papsivi.aspx>



acceso a los servicios en salud definidos en el Plan de Beneficios, en consecuencia, se hace necesario identificar los recursos invertidos en el proceso de aseguramiento a las víctimas del conflicto armado.

Dicho proceso se viene gestionando y coordinando con las Entidades Territoriales, permitiendo el mejoramiento del indicador en el periodo de evaluación, garantizando el acceso a los servicios de salud a la población víctima del conflicto armado. Los servicios son financiados a través de los recursos conocidos como Unidad de Pago por Capitación (UPC), cuyo objetivo es cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) (actualmente Plan de Beneficios) en el régimen contributivo y subsidiado.

Por su parte, para la atención psicosocial, el MSPS ha contado con recursos definidos en la Ley a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), recursos del Presupuesto General de la Nación (proyectos de inversión del MSPS) y la concurrencia de las Entidades Territoriales.

**4.1.4.1. Recursos componente de Salud Integral.** La Ley 1448 de 2011, en el artículo 52, menciona que el SGSSS debe garantizar la cobertura de la asistencia<sup>19</sup> en salud a las víctimas del conflicto armado y plantea la necesidad de afiliarlas al régimen subsidiado, cuando no se hallen afiliadas a ningún régimen de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema. Partiendo de esto, se estiman los gastos relacionados<sup>20</sup> a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) dirigidos a la cobertura en el aseguramiento de las personas incluidas en el RUV y los atendidos por el componente psicosocial de Papsivi. Así, a diciembre de 2018, la financiación de la UPC registra un total de \$21,9 billones de pesos (base 2018) durante el periodo de análisis dirigido al total de víctimas registradas en el sistema y plenamente identificadas, lo cual se acerca en 2018 a 8 millones de personas (en SISPRO).

---

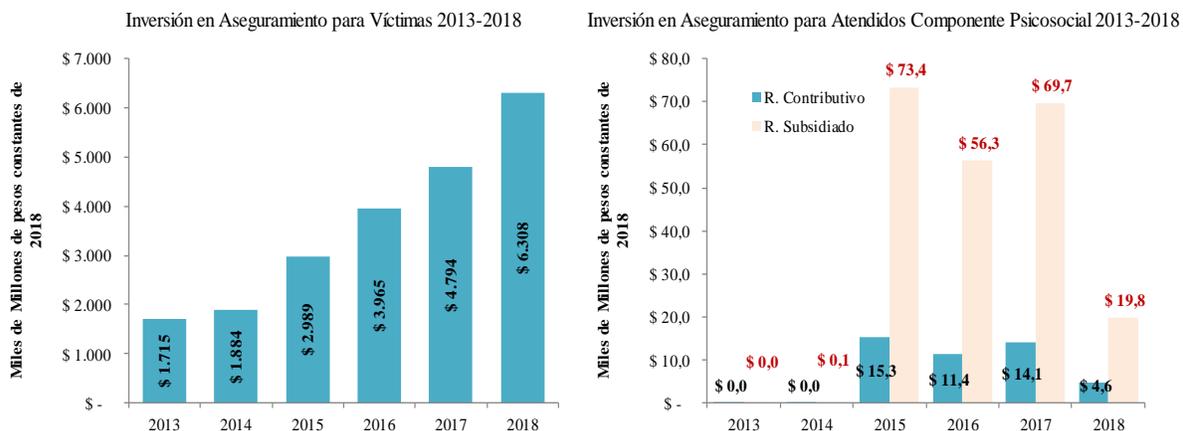
<sup>19</sup> Ley 1448 de 2011, artículo 52. Medidas en materia de salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de la presente ley, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Toda persona que sea incluida en el Registro Único de Víctimas de que trata la presente Ley, accederá por ese hecho a la afiliación contemplada en el artículo 32.2 de la Ley 1438 de 2011, y se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago de la víctima.

<sup>20</sup> Para estimar estos gastos relacionados, se tomó el número de personas víctimas plenamente identificadas en SISPRO y aquellas que han recibido atención psicosocial, para luego multiplicarlas por la **UPC real reconocida** en los años 2013 – 2018, lapso en el cual se obtuvo el Valor real liquidado por UPC.



De esta cifra, el 1,2% (\$256 mm), fue el costo total estimado para la afiliación al Sistema de Salud de las personas atendidas en el componente psicosocial y los \$21,6 Billones pesos restantes (98,8%), el valor estimado para garantizar que las personas registradas como víctimas y que aún no han recibido atención psicosocial tengan la afiliación al Sistema GSSS.

Gráfico 6. Inversión en Aseguramiento de las Víctimas según UPC 2013-2018



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos a 31 de diciembre de 2018

4.1.4.2. Recursos componente Psicosocial. La implementación del componente inició en el año 2013 y desde ese momento el MSPS utilizó la fuente de financiación establecida en la Ley 1448 de 2011<sup>21</sup>, a través de la ADRES<sup>22</sup>. Adicionalmente, el MSPS gestionó recursos de inversión y la concurrencia de las Entidades Territoriales. Así, entre 2013 y 2018, el financiamiento del componente psicosocial del Papsivi asciende a 142 mm (base 2018) y tiene siguiente composición: 55,9% con recursos provenientes de ADRES, un 17,8% de proyectos de inversión del presupuesto del MSPS y un 26,3% con recursos de concurrencia de las Entidades Territoriales (ver Tabla 2). Los resultados presentados en el presente apartado se establecieron sobre pesos constantes de 2018.

<sup>21</sup> Ley 1448 de 2011, artículo 137, parágrafo. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas serán reconocidos y pagados por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud.

<sup>22</sup> Dando cumplimiento al artículo 66 de la ley 1753 de 2015, a partir del primero de agosto de 2017, toda actividad desempeñada por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), fue asumida por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).



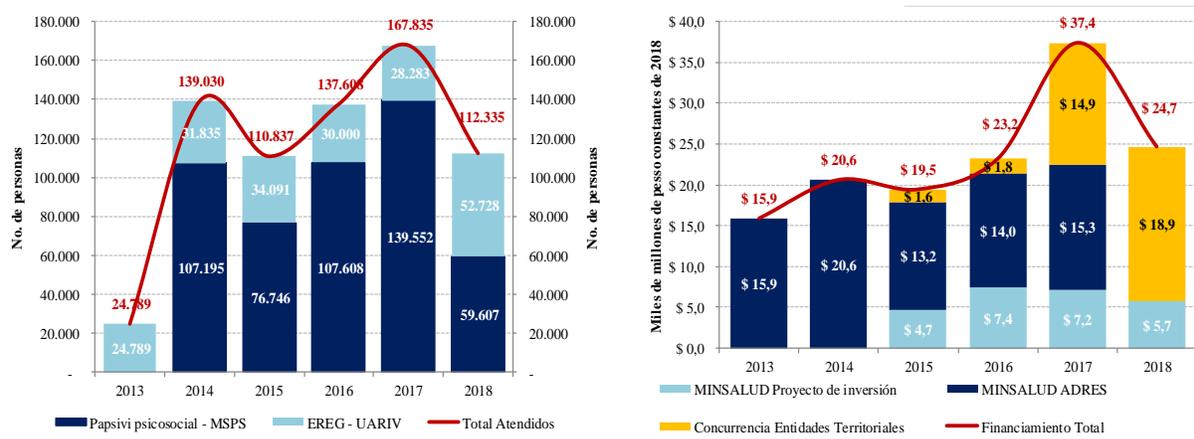
Tabla 2. Fuentes de financiación, por año, para la implementación del componente psicosocial del Papsivi 2013-2018

Año	ADRES - FOSYGA	%	Inversión MSPS	%	Concurrencia Territorial	%	TOTAL AÑO
2013	\$ 15,9	100,0%	\$ 0,0	0,0%	\$ 0,0	0,0%	\$ 15,9
2014	\$ 20,6	100,0%	\$ 0,0	0,0%	\$ 0,0	0,0%	\$ 20,6
2015	\$ 13,2	67,7%	\$ 4,7	24,1%	\$ 1,6	8,2%	\$ 19,5
2016	\$ 14,0	60,2%	\$ 7,4	32,1%	\$ 1,8	7,8%	\$ 23,2
2017	\$ 15,3	40,9%	\$ 7,2	19,3%	\$ 14,9	39,9%	\$ 37,4
2018	\$ 0,0	0,0%	\$ 5,7	23,3%	\$ 18,9	76,7%	\$ 24,6
<b>Total</b>	<b>\$ 79,0</b>	<b>55,9%</b>	<b>\$ 25,1</b>	<b>17,8%</b>	<b>\$ 37,2</b>	<b>26,3%</b>	<b>\$ 141,2</b>

Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos a 31 de diciembre de 2018  
Tipo de Financiamento en Miles de millones de pesos constantes de 2018

El gráfico 7, muestra que la financiación para la implementación del componente de atención psicosocial del Papsivi, presentó un crecimiento sostenido desde sus inicios hasta 2017, pese a las reducciones de 2015 y 2018.

Gráfico 7. Número de personas atendidas con Componente Psicosocial de Papsivi y de EREG (UARIV) Vs. Financiamento de ADRES, Inversión MSPS y Concurrencia ET.



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos a 31 de diciembre de 2018  
Tipo de Financiamento en Miles de millones de pesos constantes de 2018

En el año 2013 - 2014, el MSPS inició con la implementación del componente psicosocial de Papsivi y atendió 107 mil personas víctimas con un presupuesto total de \$36,5 miles de millones de pesos (fuente ADRES). Por su parte la UARIV logró la atención de 31 mil personas víctimas. Luego en 2017, año en el que hubo mayor financiación (ADRES + Inversión MSPS +

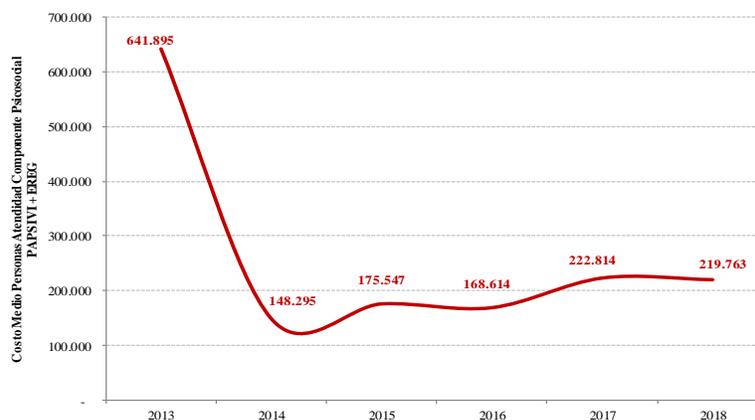


ET), se atendieron 167 mil personas víctimas con el componente psicosocial Papsivi con un total de \$37,4 miles de millones de pesos y la UARIV a través de la EREG logró la atención de 30 mil.

Tomando como referencia la financiación total y el número de atendidos totales por el componente psicosocial del Papsivi, se estimaron los costos unitarios de 2013 a 2018, encontrando que para atender a una persona en 2013 equivalía a un valor de \$641.895, el cual descendió hasta equilibrarse en los \$200 mil, aproximadamente, en el año 2017 y 2018. Por su parte, entre 2017 y 2018 se evidencia un incremento de cerca de 60 mil pesos, respecto del 2014 y 2015, lo cual, está relacionado con las diferencias en los precios que se pagan por la operación de programa en cada una de las regiones donde se ha implementado el programa.

Ahora bien, la distribución departamental (gráfico 9) de los recursos presupuestales entre 2015 y 2018 se concentró en Valle del Cauca, Antioquia, Nariño y Bolívar, debido a que sus ejecuciones representaron entre el 7,8% y el 11,7%. Mientras que en entidades como Casanare, Guaviare y Sucre la ejecución de recursos representó menos del 1,5% respecto del total. Esto es coherente, en primer lugar, con el número de víctimas identificadas en el RUV y, en segundo lugar, con la representatividad del número de atendidos por departamento por el componente psicosocial del Papsivi, criterios que corresponden a la distribución de recursos que hace el MSPS.

**Gráfico 8.** Costo Medio Componente Psicosocial de Papsivi 2013 – 2018 (Año Base 2018)



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos a 31 de diciembre de 2018  
Costo Medio en pesos constantes de 2018

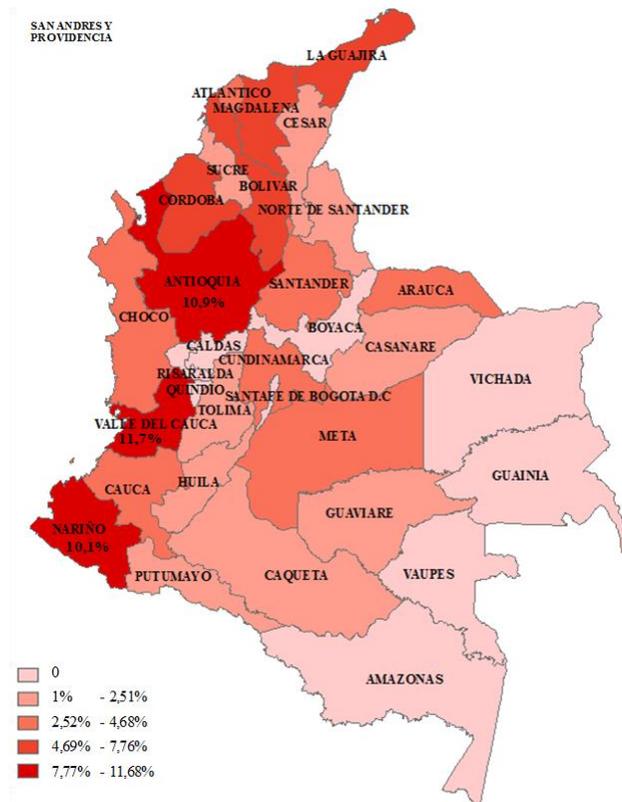
Respecto al costo medio por departamento, entre 2015 y 2018, se encontró que las entidades territoriales en las que la atención psicosocial tiene un mayor costo, respecto a otros



departamentos, son Casanare, Santander, Huila, Cundinamarca y Guaviare, pues el valor (sin discriminar por modalidad) está por encima de los \$200.000 pesos constantes de 2018, diferente a lo que ocurre en los departamentos del Valle del Cauca, Atlántico, Putumayo, Nariño y Antioquia, donde el costo por atención oscila en los \$150.000 pesos. Cabe resaltar el caso de Tolima, Sucre y Caquetá, en donde el promedio de la atención por persona está por debajo de los \$115.000 pesos (Ver Gráfico 9).

Las diferencias del costo medio por entidad territorial se dan principalmente por la disparidad existente en el mercado laboral por departamento, es decir, cada territorio tiene diferentes valores para la contratación de personal que se requiere para la operación del programa. Lo anterior también está relacionado con que el talento humano es el rubro que mayor peso tiene dentro de los costos.

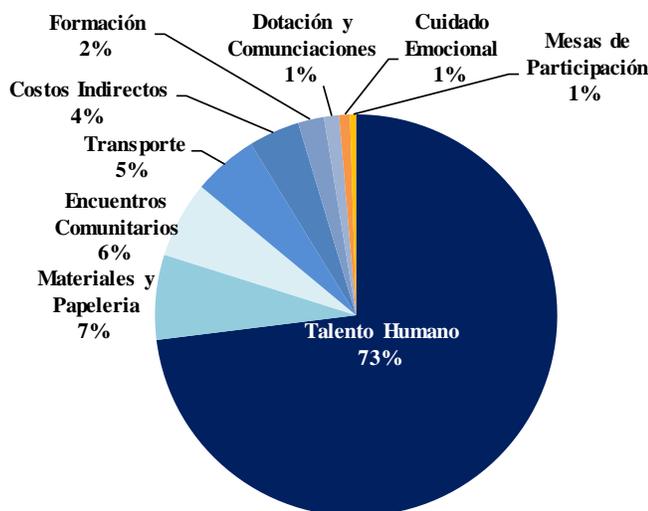
**Gráfico 9.** Distribución por departamento de la ejecución de los recursos para implementación del componente psicosocial del Papsivi 2015-2018



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos a 31 de diciembre de 2018



**Gráfico 10.** Distribución de costos según rubros definidos para la atención psicosocial del Papsivi. Promedio 2015 – 2018

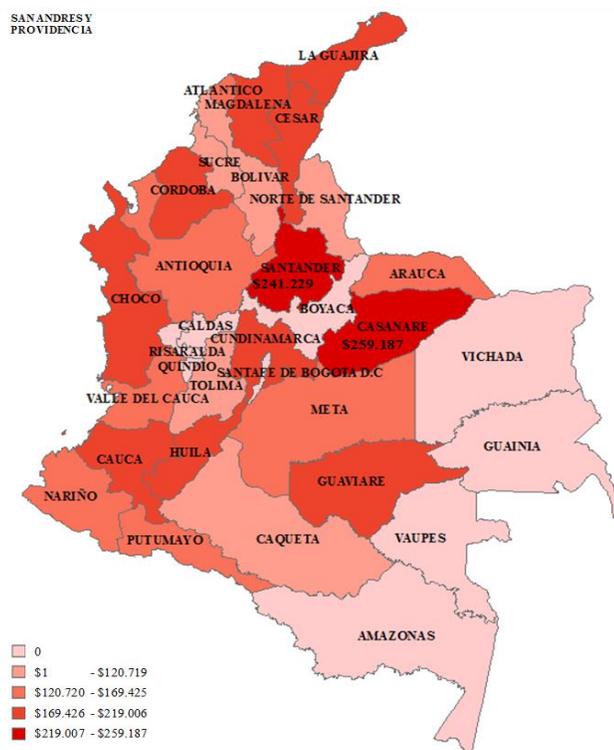


Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos promedio entre 2015-2018

Entre 2015 y 2018, los principales rubros en que se distribuyen los costos para implementación del componente Psicosocial de Papsivi, muestra que el 73% de los recursos van dirigidos a contratación de talento humano, seguidos por materiales y papelería (7%), encuentros comunitarios (6%) y transporte (5%), los porcentajes por rubro se mantienen, relativamente constantes para cada anualidad. Adicionalmente existen otros rubros muy pequeños que corresponden a sistematización, que varían de acuerdo con el departamento y al año, por lo cual no se incluyeron en el gráfico 10.



**Gráfico 11.** Costo medio por departamento de la atención del componente psicosocial de Papsivi. Promedio entre 2015 -2018



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS. Datos promedio entre 2015-2018  
Cifras en pesos constantes de 2018  
No se obtuvo información disponible para 2013 y 2014

## 4.2. Estrategias transversales del Papsivi

**4.2.1. Talento Humano.** En el Papsivi se estableció una *Estrategia de Formación y Cuidado* dirigidas a favorecer la cualificación del talento humano con funciones de atención a víctimas, y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados<sup>23</sup>.

En ese sentido, los componentes formativos del Papsivi tienen como propósito desarrollar y consolidar las destrezas necesarias para realizar la atención a víctimas del conflicto armado, buscando: i) la comprensión de los fundamentos conceptuales; ii) generar o consolidar habilidades para la atención psicosocial y en salud integral en los y las profesionales; y, iii) ejercer actitudes

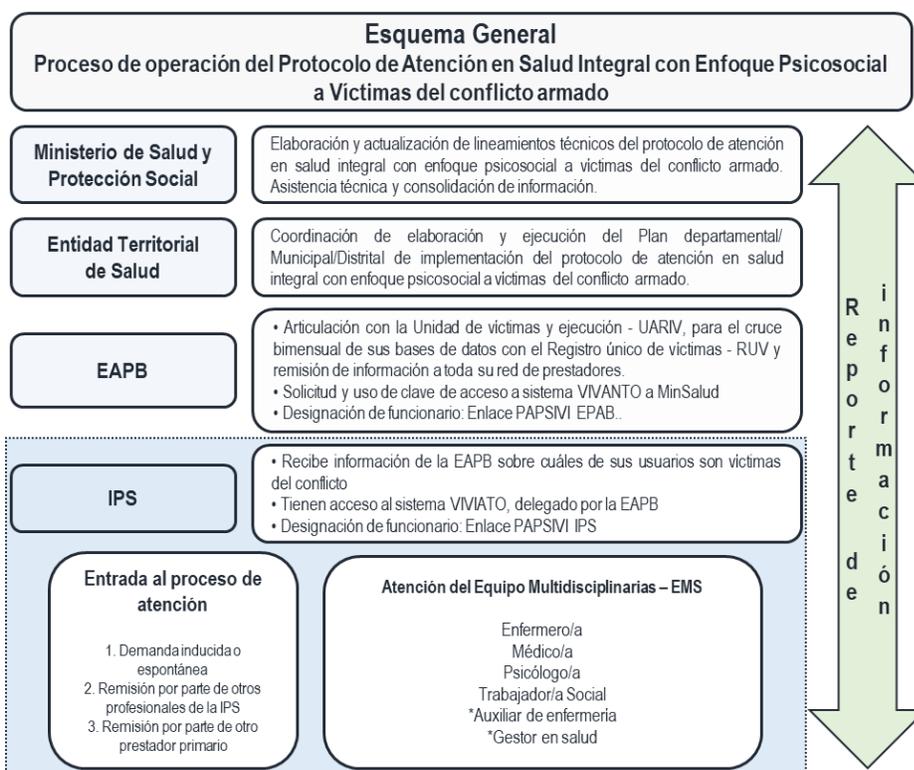
<sup>23</sup> Atendiendo lo definido en la Resolución 1166 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1166-de-2018.pdf>



favorables que permitan la acción sin daño, el trato digno y la generación de confianza durante el proceso de atención a las víctimas.

En el proceso de implementación del *componente de salud integral*, el esquema de operación define que el talento humano está conformado por médico, psicólogo, enfermero, trabajador social y auxiliar de enfermería/gestor en salud.

**Figura 8.** Esquema general del proceso de operación Protocolo de Atención Integral en salud con enfoque psicosocial

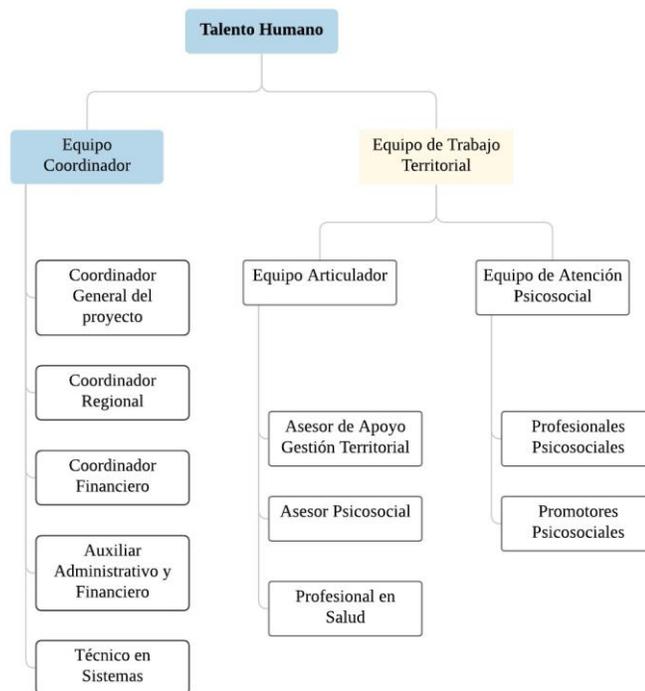


Fuente: MSPS, 2017. Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial, p: 136

Por su parte, frente al *componente psicosocial*, el MSPS definió, en función del proceso operativo de implementación, la estructura orgánica del Talento Humano de la siguiente manera:



Figura 9. Estructura Talento Humano implementación Estrategia de Atención Psicosocial.



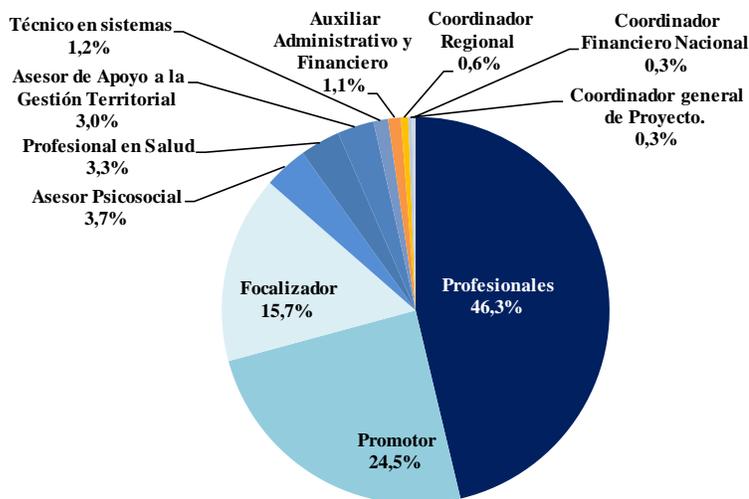
Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en Documento Marco y lineamientos sobre talento humano de Papsivi

Como se ve en la figura 9, la estructura orgánica del Talento Humano que apoya la implementación de la *Estrategia de Atención Psicosocial* está discriminado entre los profesionales que apoyan el área administrativa – operativa y los que brindan la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Dentro de las estadísticas recogidas acerca del recurso humano, se encontró que, del total de personal, en promedio, el 47% del talento humano brinda la atención psicosocial, el 24% corresponde a los promotores psicosociales. Se identificó que entre 2015 - 2018<sup>24</sup> se contrataron 2.364 profesionales para la implementación de la *Estrategia de Atención Psicosocial*, a su vez, se identificó una rotación de 47% en estos periodos.

<sup>24</sup> Solo se encontró información disponible para estos años.



**Gráfico 12.** Perfil del Talento Humano que intervienen en la implementación del componente psicosocial



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en Análisis Documental

Específicamente para el *componente de salud integral* se han formulado lineamientos para que EAPB e IPS cuenten con planes de capacitación y fortalecimiento de su talento humano, orientados a la formación en competencias específicas y claramente definidas según el nivel de contacto con las víctimas en los escenarios de salud que posibiliten la incorporación del enfoque psicosocial y el enfoque diferencial, incluyendo formación en habilidades básicas de relación, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, intervención temprana, resiliencia, adherencia a la atención integral en salud, estrategias de afrontamiento, atención integral a víctimas del conflicto armado, así como estrategias de validación, normalización de las respuestas emocionales y reducción del estigma. Todo esto, en concordancia con el artículo 2.2.7.5.7 del Decreto 1084 de 2015.

En cuanto al *componente psicosocial* se han implementado herramientas de formación en el proceso de atención a víctimas y en la política pública referida al tema, al inicio de cada vigencia, con el objetivo de darle las disposiciones del MSPS a los profesionales requeridos dentro de la implementación del componente (Ver figura 9)

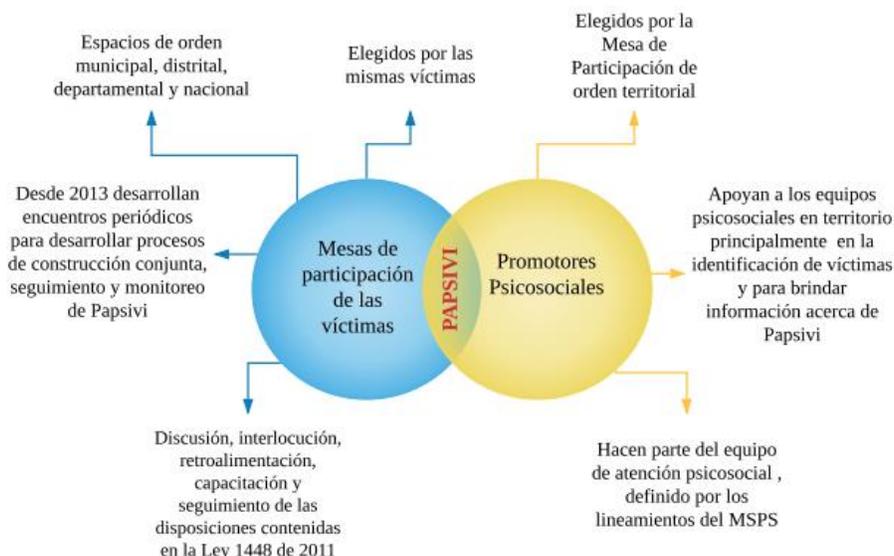
En cuanto al Cuidado Emocional, es importante recordar que la labor de apoyo a comunidades, grupos y personas en contextos violentos o de desastres tiene características diferentes a las de cualquier otro trabajo, en gran medida por cuanto supone una relación



permanente con el sufrimiento humano. Por lo anterior, desde la Oficina de Promoción Social del MSPS, se ha buscado el desarrollo de acciones de carácter institucional, grupal e individuales dirigidas al talento humano del sector salud con funciones de atención a víctimas del conflicto armado con el propósito de prevenir el agotamiento emocional y el estrés laboral.

**4.2.2.Participación de las Víctimas.** En el marco de la Ley 1448 de 2011 se estableció el derecho de las víctimas a la participación, con el objeto de asegurar que la política implementada sea lo más adecuada posible a las necesidades de las víctimas. Así, el proceso de participación de las víctimas en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Papsivi se desarrolló desde el año 2012, como una forma de materializar el enfoque psicosocial y diferencial.

**Figura 10.** Mecanismos de Participación de las Víctimas en el marco del Papsivi



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en Documento Marco y lineamientos sobre talento humano de Papsivi

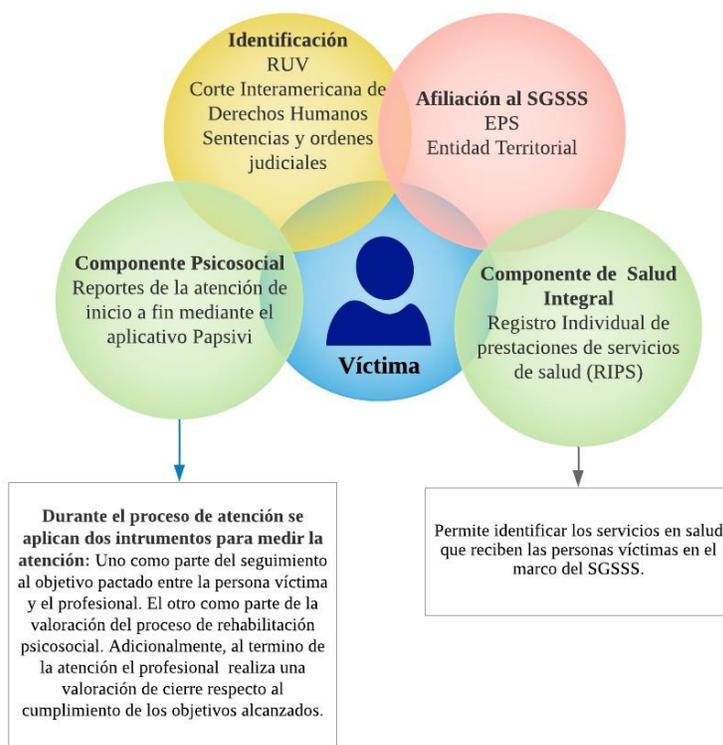
El objetivo de este proceso ha sido que el Papsivi responda a las necesidades en salud física, mental y psicosocial de las Víctimas, así como permitir que las organizaciones de víctimas y las organizaciones defensoras de los derechos de las víctimas coadyuven a la focalización y contactabilidad de las víctimas para fortalecer las rutas de acceso a las medidas de rehabilitación. Adicionalmente, permitir que a través de las mesas de participación efectiva de las víctimas se realice el proceso de seguimiento y monitoreo a la implementación del Programa. En



consecuencia, se pueden identificar dos mecanismos a través de los cuales las víctimas del conflicto han contribuido en el proceso de implementación del Papsivi: las Mesa de Participación Efectiva y los Promotores Psicosociales, lo cual se muestra en la figura 10.

**4.2.3. Seguimiento y Monitoreo.** Papsivi cuenta con un *Sistema de Seguimiento y Monitoreo* el cual permite realizar una medición regular y continua para verificar si las acciones diseñadas o planificadas se están realizando y si estas se implementan de acuerdo con los planes y los recursos asignados. El propósito del seguimiento y monitoreo consiste en detectar de manera oportuna las fortalezas y deficiencias de los procesos de atención y ejecución, para hacer ajustes conducentes a una gestión óptima de las iniciativas.

**Figura 11.** Proceso del Sistema de Seguimiento y Monitoreo del Papsivi



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en Entrevistas al equipo de MSPS

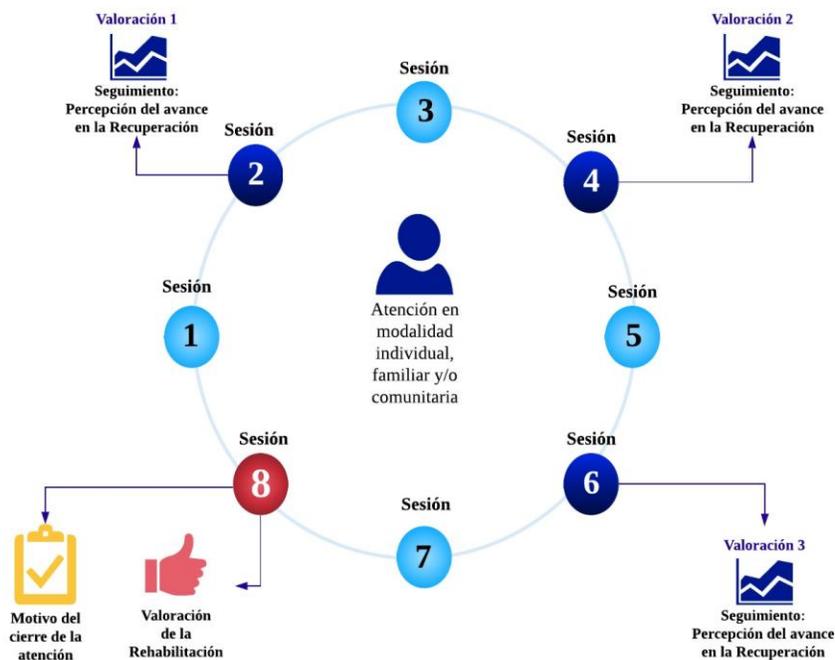
Los principales objetivos del proceso de seguimiento y monitoreo son: i) Suministrar información que permita dar respuesta a los diferentes requerimientos, conocer los avances en el



Goce Efectivo de Derechos y medir la gestión territorial; ii) Medir el avance en la implementación de las medidas de asistencia integral en salud y la rehabilitación física, mental y psicosocial a víctimas; y, iii) Brindar insumos para evaluar los resultados de la implementación de las medidas de atención integral en salud y atención psicosocial a personas víctimas.

El proceso de seguimiento y monitoreo de Papsivi se explica en la figura 11, donde se indican principalmente las bases de datos con las que cuenta el MSPS (SISPRO) para identificar el registro de las víctimas, su tipo de afiliación y las atenciones en salud que ha recibido. Sobresale el Aplicativo Papsivi, que es una herramienta de seguimiento y monitoreo específicamente para la implementación del componente psicosocial, con el que los profesionales se registran, identifican a las personas que atienden, señalan los planes psicosociales individuales, familiares, comunitarios, los objetivos planteados para la atención señalan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de seguimiento y valoración de la rehabilitación (ver figura 12).

**Figura 12.** Instrumentos de seguimiento y de cierre en la atención psicosocial



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en lineamientos y Entrevistas al equipo de MSPS.

**4.2.4. Coordinación Nación – Territorio.** La *Estrategia de Coordinación y Articulación Nación-Territorio* del Papsivi se fundamenta en el principio de coordinación armónica,



contemplado en el artículo 113 de la Constitución Política y por lo establecido en el artículo 172 de la Ley 1448 de 2011. En consecuencia, la Nación y las Entidades Territoriales deben concertar esfuerzos, medios, recursos, entre otros elementos, para una acción común para la atención de las víctimas del conflicto armado interno.

En dicho contexto y en el marco del seguimiento y monitoreo del Papsivi, el MSPS, a través de la OPS, apoya la gestión de los recursos de las Entidades Territoriales (ET) desde los componentes técnicos, financieros y operativos para la implementación del programa (como se señaló en la figura 7 sobre el mecanismo de asignación de los recursos), así mismo acompaña a las ET con asistencias técnicas para la consolidación de los proyectos desarrollando las actividades de: i) Revisión de ajustes técnicos y financieros para implementación de componente psicosocial en el territorio; ii) Presentación de lineamientos; iii) Acompañamiento en la selección de talento humano; iv) Acompañamiento en la focalización de la población víctima a atender; v) Acompañamiento en la formación de talento humano; vi) Revisión de los procesos de avance: acercamiento, reconocimiento, atención y cierre.

#### **4.3. Análisis del proceso operativo y la articulación institucional.**

El *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi)* se constituye como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias que le permite al Estado colombiano atender las afectaciones psicosociales y en la salud física y mental generadas en las víctimas por los hechos ocurridos en el marco del conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario; lo anterior con el propósito de mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y/o mental y a la reconstrucción del tejido social en las comunidades. Lo anterior, a través de un trabajo sectorial e intersectorial que, desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones enfocadas en la rehabilitación de las víctimas (según lo estipula la Ley 1448 de 2011).

Por su parte, la Ley 1448 de 2011 definió la arquitectura institucional y los escenarios de articulación y coordinación, tanto en el nivel nacional como territorial, para la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación. En consecuencia, el Papsivi, al responder



a la medida de rehabilitación, se diseñó y avanzó en su implementación en dicho entorno institucional y escenarios de coordinación. En este sentido, y dada la importancia que la articulación y coordinación institucional del Papsivi, se realizó un análisis descriptivo de los actores que intervienen en su implementación, lo anterior tomando como referencia la información reportada en las entrevistas realizadas a los funcionarios de las diferentes instituciones y/o representantes de los diferentes escenarios dispuestos en el marco de la política pública.

El análisis se presenta en función de: i) *Rol del actor*: información obtenida de la Ley 1448 de 2011, del documento marco de Papsivi y de los lineamientos construidos para implementación de Papsivi, contrastada con la recogida en las entrevistas; y, ii) *Articulación institucional*: información obtenida de las entrevistas y contrastada con información documental.

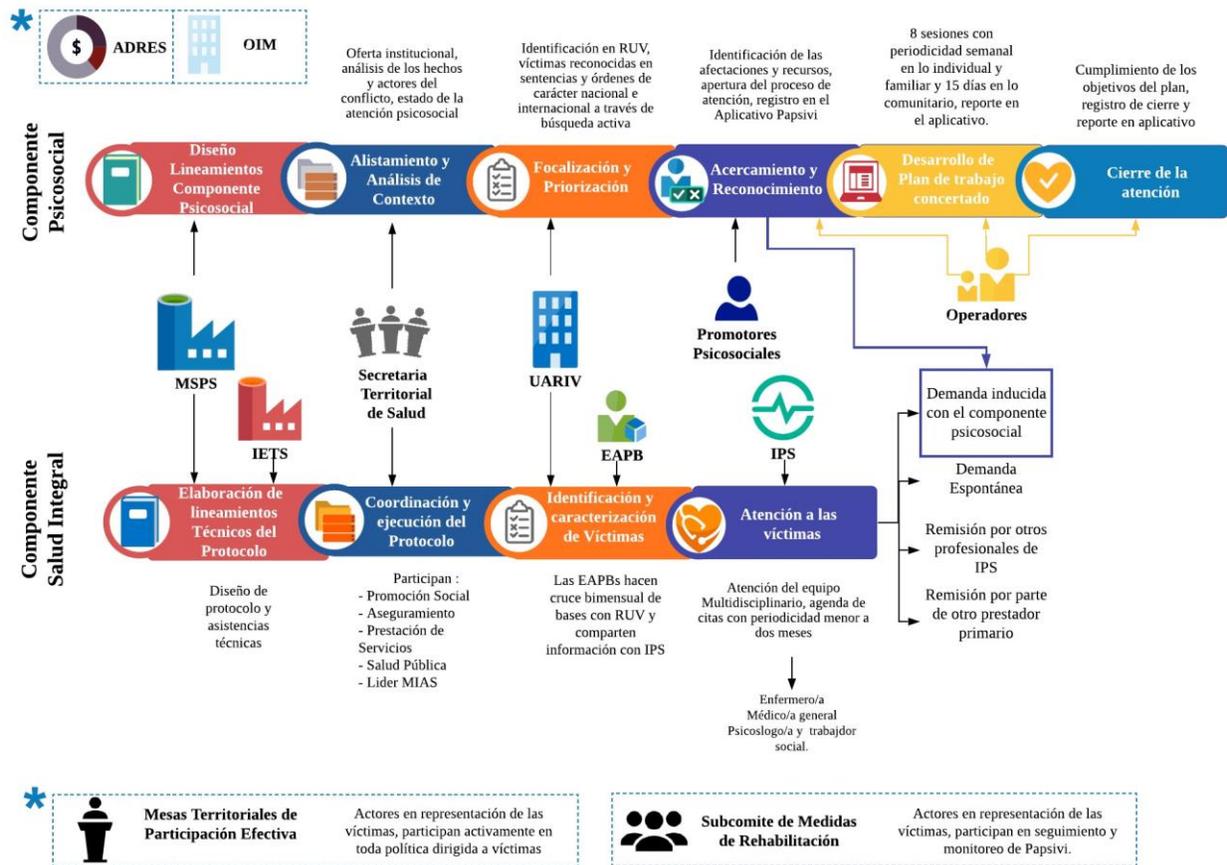
#### **4.3.1. Rol de los actores que intervienen activamente en la implementación de Papsivi.**

La fuente de información para esta sección se recogió por medio de entrevistas semiestructuradas aplicadas a los funcionarios de las instituciones identificadas en el *Mapa de Actores*, atendiendo el planteamiento metodológico de la evaluación, por tanto, si bien se describe el rol por entidad, éste no tiene un nivel de exposición profunda, pues se describe la perspectiva de los participantes a partir de su relato, su experiencia y su conocimiento sobre los aspectos indagados del Papsivi.

El marco de gestión que define Papsivi, se estructura a partir de la articulación intersectorial e interinstitucional, como se explicó y como se puede ver gráficamente en la figura 13, formalizada en la integración de 11 entidades del orden nacional y territorial. Esta política motivó la construcción de una estructura operativa que ha evolucionado desde sus inicios buscando responder a los requerimientos de atención a las víctimas.



Figura 13. Identificación de la Articulación que se desarrolla en Papsivi

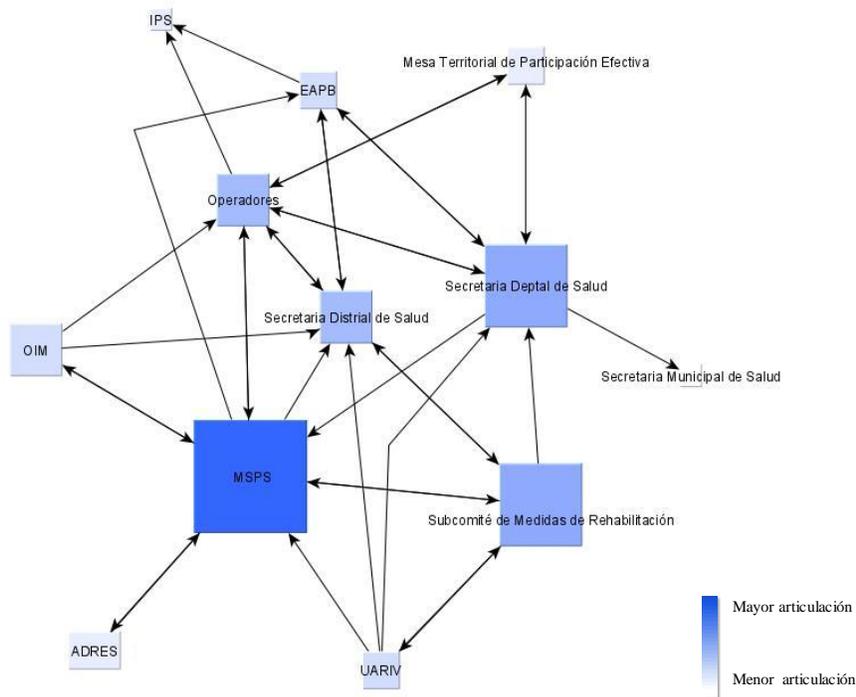


Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en lineamientos y Entrevistas al equipo de MSPS

4.3.2. Articulación Institucional durante la implementación de Papsivi. Para esta evaluación se entiende por articulación institucional la relación de todos aquellos actores que interactúan para la implementación de Papsivi. Para hablar de ello es preciso diferenciar el funcionamiento de las entidades a nivel nacional y territorial e identificar sus actividades de concertación en el contexto de Papsivi, de acuerdo con las respuestas de los entrevistados.



Figura 14. Sociograma General de Papsivi en 2013 – 2018



Fuente: MSPS, equipo técnico, 2020. Con base en entrevistas aplicadas en marzo y abril de 2020

El análisis de la articulación se hizo a partir de un sociograma (figura 14) se identificaron las principales relaciones de los actores que participan en la implementación de Papsivi. Esto se construyó a partir de las respuestas de las entidades que fueron entrevistadas como parte del componente cualitativo, donde se buscó, la identificación y los roles de las entidades, a la luz de la interacción en el marco de la medida de rehabilitación.

Respecto a las convenciones del sociograma, en primer lugar, los nodos (cuadrados) en diferentes tonos de azul representan las entidades entrevistadas, entre más oscuro el nodo, mayor es el nivel de articulación con el resto de los actores. En segundo lugar, las flechas hacen referencia a relaciones interinstitucionales identificadas en el análisis de la información.

En el sociograma se evidencia la fortaleza de las relaciones entre las entidades que participan en la implementación del Papsivi, aunque no en todos los casos las correlaciones son bidireccionales, las relaciones entre éstas son cercanas, atendiendo las funciones que deben cumplir en articulación con el resto de los actores. Lo anterior permite inferir que la articulación del proceso de implementación de Papsivi se centra en el MSPS, las Secretarías departamentales



y distritales de salud, junto con el Subcomité de Medidas de Rehabilitación, pues en la mayoría de los casos, las relaciones son bidireccionales, lo que implica una dependencia alta entre estas instituciones frente a la implementación del programa.

El sociograma muestra una congruencia frente a la identificación del posicionamiento y las competencias asignadas en la Ley 1448 de 2011, como se evidencia en el posicionamiento del MSPS y su coordinación con otras entidades del sector salud; especialmente se puede observar cómo sobresale el liderazgo y la capacidad que tienen el Ministerio, particularmente desde la Oficina de Promoción Social, la cual también se coordina con otras dependencias y oficinas del MSPS para el desarrollo e implementación de Papsivi, como lo manifiestan los funcionarios:

*“la política de víctimas está coordinada con la política de salud mental, con las políticas de violencia que maneja la dirección de promoción y prevención, con la política de víctimas con relación a la mujer y género género e incluso con las prácticas de la dirección de financiamiento para presupuestar en cada vigencia la implementación de Papsivi. Y todo esto hace que la articulación de Papsivi dentro del MSPS sea Inter seccional”* (Entrevistas, 2020).

Así se convierte en el actor clave, con capacidad incidencia, negociación y convocatoria frente a los demás sectores, que, como se pudo ver en un apartado anterior, diseñó el proceso conceptual de la medida de rehabilitación y generó un compromiso que se ha mantenido hasta la fecha.

De acuerdo con lo que se argumentó en el aparte del alistamiento del componente de salud integral, son las IPS en quienes recae la implementación final del protocolo de salud, para lo cual las EAPB tienen la responsabilidad de dar rutas claras para la atención a víctimas con las orientaciones de la dirección territorial en salud, lo que se verificó con lo que mencionan funcionarios de las IPS:

*“nosotros como responsables de la implementación del protocolo recibimos rutas y asistencias técnicas de la EPS, y se nos envía documentación para socializar al personal académico de las IPS y a nivel interno entre los profesionales también se han hecho algunas socializaciones”* (Entrevistas, 2020).



No obstante, las IPS muestran una relación unidireccional que podría deberse a la necesidad individual de gestionar otro tipo de relaciones para cumplir con sus responsabilidades dentro de la implementación del programa.

Adicionalmente, respecto a la relación unidireccional identificada en la IPS, la cual presta los servicios de rehabilitación física y mental en el marco del *Protocolo de atención integral en salud*, lo referido por algunos entrevistados se relaciona con barreras de acceso a los servicios de salud en los territorios:

*“...nosotros tenemos 15 municipios que son sexta categoría entonces eso ¿qué quiere decir?, que tu cuentas con una persona, digamos desde cada alcaldía municipal o desde los hospitales, es una única persona que se maneja absolutamente todos los programas de atención en salud.”* (Entrevistas, 2020)

*“yo creo que la debilidad, una de las debilidades es: uno, el talento humano, el talento humano desde la entidad territorial, o sea, desde la Secretaría de Salud Departamental, porque solo hay un referente de víctimas y ya, y esa persona pues no da abasto para hacer todo el proceso; y por parte de las instituciones o de la entidad territorial, digamos de los otros municipios o de las instituciones prestadoras porque eso también tiene que ver mucho con las IPS, es que digamos las entidades territoriales bueno... no tienen tampoco talento humano y ahí sí es más crítico, ellos sí están muy... o sea, graves en talento humano”* (Entrevistas, 2020)

En conclusión, uno de los principales retos que se presenta en gran parte del territorio nacional son las barreras geográficas existentes. La alta dispersión poblacional, la falta de medios de transporte, el alto índice de ruralidad y la baja densidad poblacional, son solo algunos de los aspectos que dificultan la movilidad en varios departamentos y municipios. Esto mismo se da con varias de las Secretarías de Salud municipales, que como se muestra en la figura 14, no tienen mayor articulación con el resto de los actores, debido a su ruralidad e incluso debido a la falta de referentes de promoción social (coordinadores del proceso en territorio).

Se desataca la articulación del Subcomité de Medidas de Rehabilitación, que como se identifica en el sociograma, muestra su activo relacionamiento con diferentes actores en función del proceso de implementación de Papsivi, evidenciado coherencia con las funciones establecidas en la política de víctimas y cuyos representantes manifiestan un crecimiento continuo del Papsivi:



*“En lo relacionado al programa de atención psicosocial, a medida que se ha ido implementando se ha hecho más fuerte, se ha mejorado digamos todo lo que tiene que ver con sistemas de información, con la estructuración de organización, con la preparación de los profesionales en terreno y con la coordinación del MSPS con diferentes entidades en el territorio” (Entrevistas, 2020).*

Por su parte, las Secretarías departamentales y distritales de salud han figurado como un actor intermediario entre el Nivel Nacional (MSPS) y el Nivel Territorial, manteniendo relaciones bidireccionales especialmente con operadores del componente psicosocial y las EPS con quienes inicia la implementación del componente de salud. Las secretarías de salud forman parte fundamental en el proceso debido a que deben caracterizar la población víctima residente en su territorio, deben brindar asistencia técnica en los municipios y en EPS, hacer gestión para que las víctimas tengan acceso a servicios de salud (empezando por la afiliación) y principalmente adaptar los lineamientos del MSPS para crear rutas propias. En consecuencia, las secretarías de salud mantienen espacios de coordinación en los que los funcionarios manifiestan:

*“adaptamos los lineamientos del MSPS y creamos una ruta propia, tenemos mesa departamental donde pues estamos la secretaria municipal, las EPS y otras entidades, tenemos espacios en los municipios donde nosotros acompañamos la mayoría de las veces para todo el cumplimiento de la medida de rehabilitación precisamente” (Entrevistas, 2020).*

En dichos espacios participan, además:

*“lideramos como secretaria y convocamos las EPS, la unidad de restitución de tierras, la unidad de víctimas, los equipos psicosociales de Papsivi en el departamento y algunas personas de los hospitales y EPS del territorio para crear la mejor ruta de atención con Papsivi a las víctimas” (Entrevistas, 2020).*

De otro lado, los operadores del componente psicosocial de Papsivi se encargan de:

*“Coordinar las acciones tanto de los técnicos, administrativo y financiero para la implementación en cada una de las líneas y de los componentes en articulación con los entes territoriales, nacionales y locales y regionales, nuestra función como operadores inicia con la coordinación técnica o regional con los equipos, el*



*seguimiento, monitoreo a la implementación de la estrategia de la atención psicosocial de acuerdo a las orientaciones metodológicas, y continúa con el mantenimiento directo tanto con la línea de gestión como con la línea técnica del ministerio de salud. También como función esta generar procesos de articulación y coordinación territoriales para implementar el componente psicosocial”* (Entrevistas, 2020).

En definitiva, los operadores son quienes materializan el componente psicosocial de Papsivi y están en constante coordinación tanto con el MSPS como con las entidades territoriales (a través de las secretarías de salud), ya sea para recibir lineamientos técnicos o para dar cuenta de la implementación del componente. Sin embargo, según los entrevistados, existe una dificultad con ellos, que se centra en las demoras de su contratación por parte del MSPS, lo que hace que los procesos de implementación no sean continuos entre una vigencia y otra. Esto último responde no sólo al trámite inherente de la contratación pública en Colombia, sino, además, a factores internos relacionados con los procesos administrativos de cierre de convenios, preparación de nuevos procesos en la vigencia, elaboración de resoluciones de transferencia de recursos, desarrollo de las convocatorias para operadores, alistamiento de personal y coordinación con entidades territoriales, entre otros.

A su vez, a través de las entrevistas, se identificó que la UARIV no participa directamente en la implementación de Papsivi, sí existe un grado de articulación con el MSPS en torno a la interoperabilidad de las bases de datos de las víctimas, pero no en la coordinación de la implementación de los programas dirigidos a ellas, lo cual resulta paradójico. Por otra parte, como se identificó y se explicó al inicio del documento, la UARIV implementa la EREG, como una acción complementaria al Papsivi, lo cual ha evidenciado la duplicidad de atención psicosocial en algunas víctimas, situación que amerita un análisis y una toma de decisiones por parte de las entidades de Gobierno, buscando con ello la armonización del proceso, mejorando la utilidad del gasto, la eficiencia y la pertinencia. Lo anterior, tomando como referencia que, según la información recolectada, entre 2013 y 2018 el 4,9% del total de personas atendidas en el Papsivi también recibió atención por parte de la UARIV, en el marco de la EREG.

Finalmente, a partir de la información recolectada, se identifica la OIM como un actor externo a las instituciones de Gobierno y con un rol relevante en el proceso de implementación



del Papsivi, pues como lo muestra el sociograma, particular por el apoyo al MSPS en el diseño y fortalecimiento del programa y las estrategias transversales.

#### **4.4. Análisis de las categorías operacionales e institucionales.**

En esta sección se realizará el análisis elaborado de las diferentes categorías operacionales e institucionales que se clasificaron por el equipo técnico.

**4.4.1. Proceso de implementación de los componentes de atención psicosocial y atención integral en salud del Papsivi.** La implementación del Programa efectivamente obedece a la definición de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011) como respuesta a la necesidad de establecer medidas judiciales, administrativas, sociales, y económicas, en beneficio de las víctimas del conflicto armado. Específicamente, Papsivi se estableció a través de los componentes psicosocial y de salud integral, partiendo por un lado del reconocimiento desde la política pública de atención, asistencia y reparación a víctimas y por otro de la identificación de las necesidades de atención en salud que requieren las víctimas para lograr responder a la garantía del derecho a la reparación integral, e integrando –tanto en la gestión, como en la atención– el enfoque psicosocial, el enfoque diferencial y el enfoque de derechos.

Para el componente de salud integral, se identificaron las orientaciones que deben seguir los profesionales del equipo multidisciplinario de las IPS, identificando, además, que no existe un acto administrativo que regule la implementación del Papsivi y, particularmente, del *Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial*, el cual debe definir las funciones y responsabilidades de los diferentes actores intervinientes en el garantía de la medida de asistencia en salud y la medida de rehabilitación física y mental.

Adicionalmente, se identificó la necesidad de fortalecer el *Sistema de Monitoreo y Seguimiento*, específicamente en el componente de salud integral, pues según la información recolectada, en la actualidad, no se cuenta con el registro del proceso de atención en salud integral definido en el Protocolo, lo cual no permite hacer mediciones y monitoreo del acceso que tienen las víctimas a los procesos de rehabilitación en el marco del Papsivi.



Respecto al componente psicosocial, se identificó que cada una de las etapas preliminares a la atención de las víctimas cumple una función que dota de integralidad el proceso. Dentro de los aspectos más destacados se encontró que, el MSPS ha generado orientaciones precisas frente a las acciones que debe desarrollar cada uno de los actores involucrados y ha generado el acompañamiento a las Entidades Territoriales en la implementación del Programa. Muestra de lo anterior es el incremento de los recursos de concurrencia asignados por las Entidades entre los años 2013 y 2018.

Así mismo se destaca que, en cada vigencia, se han generado planes de trabajo con metas y objetivos acordes a las necesidades, capacidades y expectativas en cada una de las Entidades Territoriales frente a la ejecución de Papsivi, así como los procesos de contratación de los operadores del componente psicosocial y su coordinación con las Entidades Territoriales y las Mesas de Participación Efectiva de las Víctimas en los diferentes niveles.

De otro lado, se destaca que el MSPS definió unos criterios de distribución de los recursos, particularmente para la implementación del componente psicosocial, donde se priorizan los municipios con mayor concentración de víctimas y los territorios vinculados en el Acuerdo Final de Paz (PDET, ZOMAC). Igualmente se identificó que los criterios utilizados entre 2013 y 2018 no han tenido en cuenta los municipios con bajo número de víctimas y las zonas rurales y rurales dispersas.

#### **4.4.2. Proceso de implementación de las estrategias transversales del Papsivi<sup>25</sup>.**

Respecto a la *Estrategia de Talento Humano*, el MSPS, a través de los lineamientos técnicos para la implementación de Papsivi, estableció la estructura organizacional del programa, los roles, funciones, competencias, habilidades y actitudes que deben tener los profesionales y el equipo de apoyo administrativo, así como la flexibilización que puede llegar a tener en función del mecanismo de implementación que desarrolle cada actor.

Respecto al *componente de salud integral*, se formularon lineamientos para que cada uno de los actores del SGSSS (Secretarías de Salud, EAPB, IPS) formulen y desarrollen planes de capacitación y fortalecimiento para el Talento Humano, con orientaciones enfocadas a la

---

<sup>25</sup> Talento Humano, Seguimiento y Monitoreo, Coordinación Nación-Territorio y Participación de las Víctimas



incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la prestación de servicios, así como estrategias de validación, normalización de las respuestas emocionales y reducción del estigma hacia la población víctima. Además, el Protocolo de Atención Integral en Salud define las orientaciones que deben desarrollar cada uno de los actores del SGSSS, particularmente el equipo multidisciplinario quien establece y hace seguimiento al plan de atención en salud, como se muestra en la figura 8.

Así, al contrastar los lineamientos emitidos por el MSPS y la información recolectada en las entrevistas, se encontró que la permanente rotación de personal en las instituciones dificulta la estabilización de los procesos de articulación del programa al interior del SGSSS, como, por ejemplo, el enlace psicosocial de EPS. Asimismo, se destacó la situación económica y social de varios municipios del país en donde se localiza una gran parte de las víctimas, sin capacidad de inversión, ubicados en zonas rurales (municipios de categoría 6 que representan cerca del 88% del total en el país) lo que genera déficit de capacidad institucional en salud, por ende, sin presencia de algunos de los perfiles del equipo multidisciplinario definido en el Protocolo.

Frente al *componente psicosocial*, el MSPS formuló lineamientos para la formación y cuidado del Talento Humano en el marco de la Estrategia de Atención Psicosocial, adicionalmente cuenta con lineamientos para la implementación donde se tienen definidos los perfiles, las competencia, habilidades y experiencia requerida para el proceso de implementación. En la figura 9, se observa la composición del talento humano y se destaca la participación de los profesionales y de los promotores psicosociales que representaron, durante el 2015 – 2018, el 47% y el 24% del total de trabajadores para la atención psicosocial y estos, a su vez, tienen una alta tasa de rotación del 47%. En el caso de la rotación del personal, puede implicar costos adicionales en el proceso de implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial y tiempos adicionales en el momento de focalización y contacto con las víctimas.

A su vez, se identificaron las acciones del MSPS frente al proceso de formación y cuidado emocional que ha venido adelantando en el marco de la implementación de la Estrategia de Atención Psicosocial, con el objeto de fortalecer las competencias, habilidades y actitudes en los profesionales y así mejorar la calidad de la atención psicosocial que reciben las víctimas del conflicto armado. Adicional a las acciones individuales, grupales e institucionales de cuidado para los profesionales que brindan la atención, buscando prevenir el agotamiento emocional y el estrés



laboral. Sin embargo, atendiendo la información recolectada en las entrevistas, los profesionales manifestaron que las metas asignadas en cada ciclo (dos meses) pueden ser altas, lo cual puede generar agotamiento emocional y puede ser uno de los factores de la rotación de personal.

El Papsivi cuenta con un *Sistema de Seguimiento y Monitoreo*, el cual tiene como objetivo suministrar información para conocer los avances en el goce efectivo de derechos y medir la gestión territorial; el cual está conectado con el SISPRO del MSPS, lo cual permite integrar variables del Sistema de Salud (afiliación, prestación de servicios, etc.), el RUV y el Sistema de Protección Social, información que permite monitorear la implementación del *componente de salud integral* de manera general, sin embargo, se identificó que las acciones que los actores del SGSSS deben desarrollar en el marco del *Protocolo de Atención Integral en Salud* no cuenta con una herramienta de registro, lo cual dificulta el seguimiento del Plan de Atención Integral en salud que debe formularse a las víctimas que voluntariamente acceden al mismo.

Por su parte, el *componente psicosocial* del Papsivi cuenta con un aplicativo donde se registran las atenciones que los profesionales realizan en el proceso de atención psicosocial a las víctimas, donde se puede identificar el objetivo, tipo de plan a desarrollar, los resultados alcanzados y del cierre (ver figura 12). Lo anterior le permitió al MSPS recolectar información para el análisis y mejora del proceso de atención psicosocial, así como monitorear las metas establecidas en cada vigencia, con los operadores y las generadas por las Entidades Territoriales. Adicionalmente, permitió consolidar una robusta base de datos con un gran número de variables, insumos para el proceso de evaluación de resultados del Papsivi.

Respecto a la *Estrategia de Coordinación Nación-Territorio* diseñada para fortalecer la implementación del Papsivi, tal como se identificó en el sociograma y el mapa de actores, la misma permitió la coordinación y articulación de diferentes actores claves en el desarrollo del Programa, como, por ejemplo, las Secretarías de Salud, los Subcomité de Rehabilitación, las Mesas de Participación de las Víctimas. Lo anterior, a su vez, posibilitó la asignación de recursos de concurrencia para la implementación del componente psicosocial del Papsivi por parte de las Entidades Territoriales, posibilitando la ampliación de la cobertura territorial y mayor número de personas víctimas atendidas. Por otra parte, se identificó que, frente a la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud, se requiere fortalecer la estrategia para avanzar rápidamente en su adopción por parte de los actores del SGSSS.



Por último, frente a la *Estrategia de Participación de las víctimas* se identificó que la misma permitió desde el momento del diseño del Papsivi posibilitar espacios para reconocer y validar las necesidades de las personas víctimas en materia de las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial. Luego, en el proceso de implementación, se generaron compromisos para monitorear el Programa desde las mesas de participación efectiva del nivel municipal, departamental y nacional, en cada vigencia. Adicionalmente, desde el diseño del Papsivi se contempló el promotor psicosocial, quien es víctima reconocida, quien hace parte del equipo psicosocial y tiene un rol estratégico en el proceso de focalización y contacto con las víctimas del conflicto armado, representando el 24% (2013-2018) del talento humano que implementa la Estrategia de Atención Psicosocial.

**4.4.3. Proceso de articulación entre los diferentes actores y niveles institucionales en la implementación del Papsivi.** La articulación en el proceso de implementación de Papsivi se centra en el MSPS, las Secretarías de Salud, los operadores de la estrategia de atención psicosocial y las EPS e IPS.

En el *componente de salud integral* se identificó una importante coordinación del Ministerio con los territorios, pues tienen un canal directo de comunicación para la socialización de los lineamientos y orientaciones del *Protocolo de Atención Integral en Salud*, a través de reuniones bilaterales con autoridades locales (Gobernación / Alcaldías y Secretarías de Salud), donde, además, se proporciona información sobre el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial y los instrumentos de planeación para su incorporación. La coordinación en territorio está dirigida, principalmente, por el Referente de Promoción Social, quien se encarga de gestionar las estrategias planteadas por el Ministerio con los demás actores de la Secretaría de Salud, las EPS e IPS.

Respecto a la implementación Protocolo, a través de la información recolectada en las entrevistas se identificó: i) dificultad en el proceso de afiliación de las víctimas en los territorios donde solo tiene cobertura una EPS; ii) baja capacidad en recurso humano en las secretarías de salud para responder a los requerimientos de gestión, inspección y vigilancia; iii) problemas de saneamiento financiero en las EPS-IPS; iv) baja capacidad de recurso humano en las IPS para dar cumplimiento a las indicaciones del Protocolo; v) multifuncionalidad de los enlaces



institucionales encargados del tema de víctimas; vi) dificultad para la asignación de citas con especialista, pues la mayoría se concentran en las capitales departamentales; y, vii) tiempos extensos para dar respuesta a las solicitudes y/o peticiones de la población víctima.

En el *componente psicosocial*, la articulación gira entorno del MSPS y los operadores de la *Estrategia de Atención Psicosocial*, la cual es bidireccionada en el sentido en que el Ministerio orienta su implementación, acompaña en el alistamiento y recibe constantemente información acerca de su accionar en los territorios, las atenciones y su cobertura. Así, a través de la información recolectada en las entrevistas los profesionales, promotores psicosociales y víctimas atendidas, se identificó que una de las principales dificultades es el tiempo que se toma el proceso en las contrataciones, las cuales pueden tardar hasta 6 meses. Dicho proceso puede afectar los demás elementos relacionados con la capacidad institucional requerida para la implementación del Papsivi.

## **5. Evaluación de Resultados del Programa de Atención y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado- Papsivi.**

La evaluación de resultados de Papsivi, busca identificar cuál ha sido el *aporte del programa en la recuperación emocional y la rehabilitación física y/o mental de la población víctima del conflicto armado atendida*. En este contexto, desde la metodología se priorizó realizar una evaluación de resultados sobre las siguientes categorías de análisis: i) Prestación de servicios y ii) Monitoreo y evaluación. Así, en esta sección del documento, se presentan los aportes generados por cada uno de los componentes que integran el Papsivi. Las cifras provienen, principalmente, de SISPRO, la información recolectada a través de la aplicación de una encuesta a 711 personas víctimas (entre el 18 febrero y 04 marzo de 2020) y el desarrollo de 4 grupos focales<sup>26</sup> (realizados en febrero de 2020).

### **5.1. Prestación de Servicios**

---

<sup>26</sup> Realizados Pasto (Nariño), Cali (Valle del Cauca), Barranquilla (Atlántico) y Villa Nueva (Bolívar).



La prestación de servicios se define como el conjunto de actividades en virtud de las cuales se garantiza el acceso a la atención en salud, al mejoramiento permanente de su calidad y la oportunidad<sup>27</sup> con que se presta. En este sentido, se mostrarán los resultados obtenidos por la prestación de los servicios en cada uno de los componentes de Papsivi, a través de las categorías de cobertura, calidad y oportunidad.

**5.1.1. Componente de atención integral en salud del Papsivi.** Debido a que una de las funcionalidades de Papsivi es orientar, asesorar y derivar a las víctimas (desde cualquiera de las modalidades de atención psicosocial) al acceso a los servicios de salud, es importante describir el comportamiento de la cobertura en salud y la caracterización de morbilidad atendida de las víctimas.

**5.1.1.1. Aseguramiento al Sistema General en Seguridad Social en Salud.** Uno de los objetivos del Ministerio de Salud y Protección Social es promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas víctimas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.

Por un lado, como se mencionó en la primera parte del documento, el aseguramiento de las víctimas pasa de 74,3% en 2013 a 93% en 2018, lo que representa un aumento del 18,7% en 5 años.

Así, al cierre de 2018, la cobertura de aseguramiento de las víctimas que recibieron atención psicosocial por parte del Papsivi fue de 95,2%, lo que representó 0,5 puntos porcentuales por encima de la cobertura de aseguramiento del nivel nacional y 2,2 puntos porcentuales por encima del total de personas incluidas en el RUV que no han recibido atención psicosocial. (Ver gráfico 13)

El aseguramiento en salud de la población víctima (total) se incrementó en los últimos 5 años en un 24,6%, es decir, que en un periodo de 5 años se logró el aseguramiento de 3,3 millones personas víctimas al SGSSS

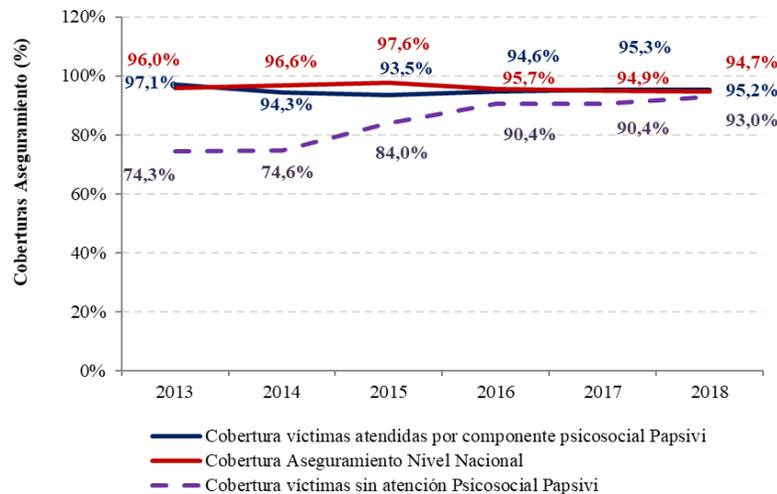
Esto indica la existencia de una correlación positiva entre el acceso al proceso de atención psicosocial y el aseguramiento, lo que puede ser consecuencia de las orientaciones que deben dar

<sup>27</sup> Conceptos definidos en el glosario al inicio del documento.



los profesionales del componente psicosocial a las víctimas, la cual incluye la derivación a los servicios de salud y otros procesos definidos en la política de atención, asistencia y reparación.

**Gráfico 13.** Estado de aseguramiento de población general, RUV y víctimas con atención psicosocial Papsivi.



Fuente: Informes del Gobierno al Congreso de la República - SISPRO: RUV - RUAF. Fecha Corte 31 de diciembre de 2018

Según el tipo de régimen, la población víctima se encuentra afiliada principalmente al subsidiado, de los cuales los identificados en RUV representan el 70,5% y los atendidos por el componente psicosocial de Papsivi el 82,1%.

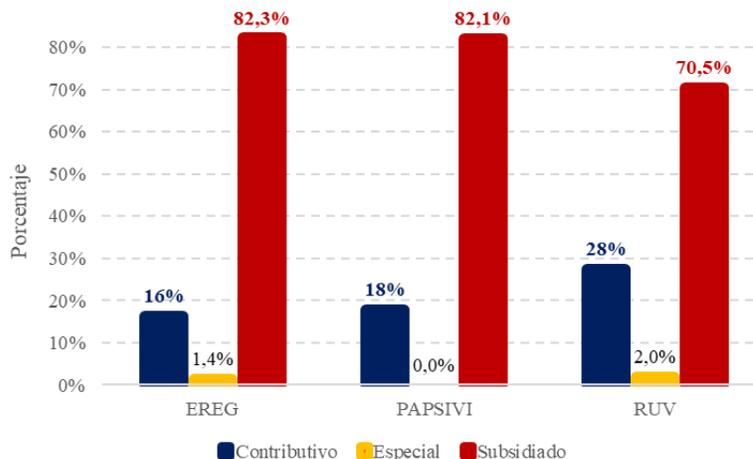
El grupo de víctimas que ha accedido al proceso de atención psicosocial, en el marco del Papsivi, presenta una mayor tasa de aseguramiento en salud (95,2%) que aquellas que no lo han hecho (93%).

Esto demuestra el cumplimiento de una de las obligaciones del Estado en relación con el derecho a la salud, pues el régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual

la población más vulnerable tiene acceso a los servicios de salud. (Ver gráfico 14)



Gráfico 14. Distribución del Tipo de Régimen para el año 2018, según población.



Fuente: SISPRO: RUV, RUAUF, Base EREG y Papsivi a 31 de diciembre de 2018

El componente de atención integral se define como el conjunto de actividades y procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las afectaciones físicas y emocionales de las víctimas que se desarrollan de manera preferente y diferencial dentro del SGSSS. Estas actividades buscan mitigar las afectaciones físicas y mentales causadas por los hechos vividos por las víctimas en el marco del conflicto armado, propendiendo ofrecer un enfoque reparador en el proceso de atención en los servicios en salud.

Este componente se encuentra definido a través del *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial*, y en su implementación concurren los diferentes actores del SGSSS [Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otros], quienes en forma coordinada y acorde con sus competencias, brindan la atención en salud, teniendo en cuenta, las particularidades de algunos grupos especiales, su alta vulnerabilidad o los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado.

El Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial y diferencial se ha venido implementando, desde el año 2016 y con el acompañamiento directo del MSPS, en 7 EPS, 18 IPS de 6 Entidades Territoriales.

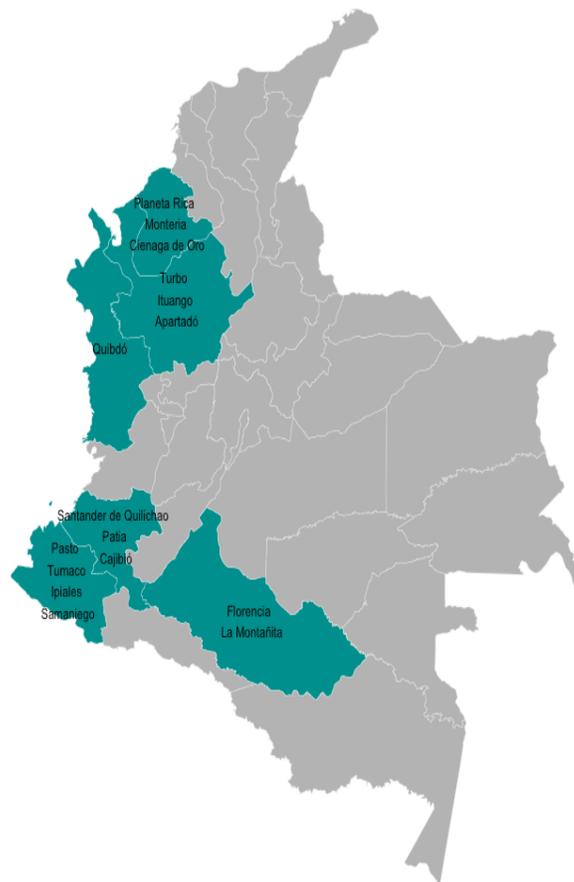
En dicho proceso y con el propósito de fortalecer la territorialización del Protocolo (versión 2016), el MSPS acompañó de manera directa su implementación en 6 Entidades Territoriales, las cuales se identifican en el gráfico 15. Dentro de dicho proceso se logró la priorización de 7 EPS y 18 IPS, durante el año 2017 y 2018. A la fecha se tiene información



relacionada con la implementación del Protocolo del 18% de los departamentos y, al menos, el 2% de los municipios.

**Gráfico 15.** Departamentos y Municipios con acompañamiento para la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial por parte del MSPS 2017 – 2018

Departamento	Municipio	Año	EPS Priorizadas	IPS Priorizadas
Antioquia	Turbo	2017	Savia Salud	ESE Francisco Valderrama
	Ituango	2017	Savia Salud	ESE San Juan de Dios
	Apartadó	2017	Savia Salud	IPS Universitaria
Nariño	Pasto	2017	Emssanar Asmetsalud	IPS Pastosalud
	Tumaco	2017	Emssanar Asmetsalud	IPS Divino Niño
	IpiALES	2017	Emssanar Asmetsalud	IPS ESE municipal de IpiALES
	Samaniego	2017	Emssanar Asmetsalud	IPS Lorencita Villegas
Chocó	Quibdó	2017	Comfachoco	Comfachoco IPS, Hospital Local Ismael Roldan Valencia.
Cauca	Cajibío	2018	Asmetsalud	ESE Centro 1
	Patía	2018	Emssanar Asmetsalud	ESE Suroccidente
	Santander de Quilichao	2018	Emssanar Asmetsalud	Quilisalud ESE
			Emssanar	
Córdoba	Planeta Rica	2018	Nueva EPS Comfacor	ESE Hospital San Nicolás
	Montería	2018	Nueva EPS Comfacor	ESE Vida Sinú
	Ciénaga de Oro	2018	Nueva EPS Comfacor	ESE Hospital San Jerónimo
Caquetá	Florencia	2018	Asmetsalud	ESE Hospital María Inmaculada
	La Montañita	2018	Asmetsalud	Centro de salud, La Montañita



Fuente: Oficina de Promoción Social – MSPS

**5.1.1.2. Caracterización de la morbilidad atendida - población beneficiaria del componente psicosocial de Papsivi.** La caracterización de la morbilidad atendida de la población beneficiaria del programa resultó de la información disponible en SISPRO. Por tanto, se procedió a identificar los perfiles de morbilidad atendida en tres grupos poblacionales: población general



colombiana, población víctima (RUV) que no ha recibido atención psicosocial en el marco del Papsivi y población atendida en el componente psicosocial del Papsivi.

Se observa que las atenciones para las tres poblaciones están concentradas en las patologías no transmisibles, las cuales explican entre el 59% y el 63,5% del total de atenciones (gráfico 16). La segunda causa de morbilidad la constituyen los signos y síntomas mal definidos, con alrededor del 23% del total de atenciones en salud. Este grupo<sup>28</sup> surte un proceso de revisión que puede generar una reclasificación en los grupos de morbilidad, por lo tanto, puede modificarse a lo largo del tiempo, en este caso se muestra la información del promedio para los años 2014-2018.

La tercera causa de morbilidad atendida la constituyen las condiciones transmisibles y nutricionales, de 8% a 10,2%. Por último, se presentan las condiciones materno-perinatales y las lesiones con alrededor del 2% y 0,6% del total de atenciones respectivamente.

En resumen, la población víctima, con y sin acceso a la atención psicosocial, presentan cuadros de morbilidad atendida similares con la dinámica de la población colombiana, sin embargo, las diferencias porcentuales muestran variaciones en cuanto al comportamiento de las personas con y sin acceso a la atención psicosocial, frente a demanda de servicios del SGSSS.

Al realizar el análisis entre la población, luego de ser atendida por el componente psicosocial de Papsivi, respecto al total de víctimas, se observa, en el gráfico 16, que las víctimas con atención psicosocial demandan 7% menos atenciones en enfermedades no transmisibles que el total de la población víctima, al mismo tiempo, demandan un 34% más atenciones que el total de población RUV. Este resultado es consecuente con la teoría de la doble carga de la enfermedad<sup>29</sup>, lo cual estaría explicado por la prevalencia del componente psicosocial del Papsivi en zonas urbanas.

Asimismo, se observa cómo luego de la atención psicosocial las personas demandan 24% menos y 32% menos atenciones en salud mental que la población víctima RUV y el total nacional, respectivamente.

---

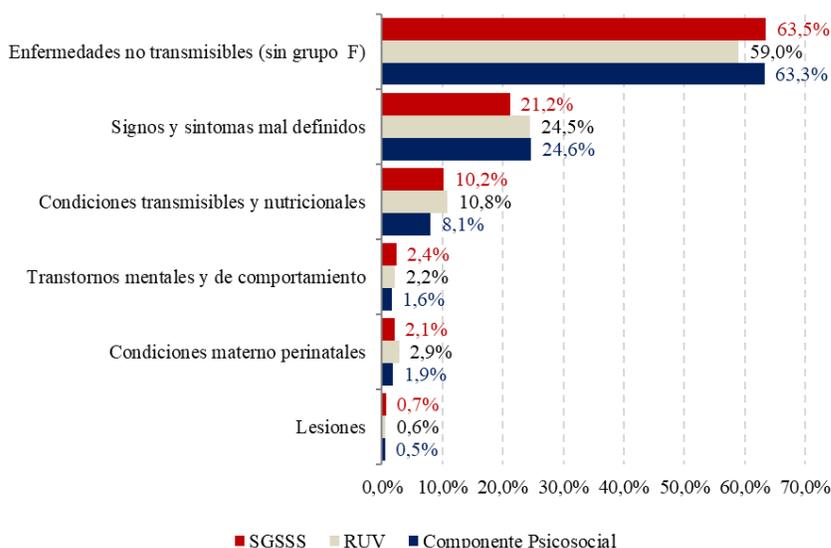
<sup>28</sup> Siguiendo a la Organización Panamericana de la Salud, dicha información puede ser vista como un indicador de la atención médica. Consultado en: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/item/879-foro-becker-causas-de-defuncion-mal-definidas-o-imprecisas>

<sup>29</sup> [http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a01.pdf#file:///C:/Users/dgomezl/Downloads/Advancement\\_of\\_global\\_health\\_ke\\_y\\_messages\\_from\\_the.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a01.pdf#file:///C:/Users/dgomezl/Downloads/Advancement_of_global_health_ke_y_messages_from_the.pdf)



Por último, la población que recibe atención psicosocial requiere menos atenciones, en temas perinatales, en un 28% menos que la población RUV y 10% más que la población general.

**Gráfico 16.** Porcentaje de atenciones en los servicios de salud por grandes causas en población del SGSSS, población identificada en el RUV y población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2014-2018.



Fuente: Elaboración propia tomando los RIPS – SISPRO - Aplicativo Papsivi, accedido a través de los cubos del MSPS.

**\*Cohortes:** La población beneficiaria del componente de atención psicosocial del Papsivi se caracterizó por las atenciones recibidas el año posterior a su ingreso en el programa, esto con el objetivo de determinar las diferencias con los grupos de comparación una vez realizada la intervención, por esta razón la denominamos cohortes.

Al analizar la evolución de las prestaciones en el marco de la evaluación de resultados del Papsivi, se construyeron dos series de información a partir de las bases dispuestas por el SISPRO. Teniendo como referente conceptual del análisis la metodología actuarial, que sigue el Ministerio de Salud y Protección Social para estudiar las prestaciones en salud en Colombia (Estudios de Suficiencia de la UPC<sup>30</sup>), se calculó la frecuencia de uso de los servicios de salud para aproximar

<sup>30</sup> <https://minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

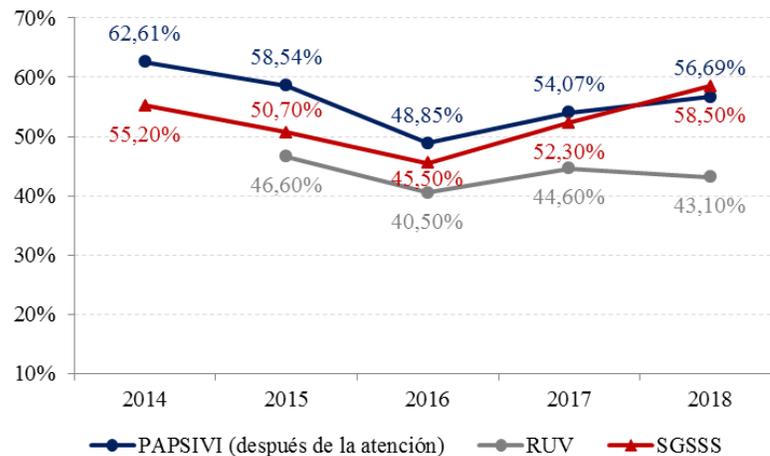


el acceso real de los individuos a los servicios de salud, midiendo el número de afiliados que efectivamente accedieron al menos a un servicio de salud en un periodo determinado<sup>31</sup>.

En la gráfica 17, en primer lugar, se observa una disminución en las frecuencias de uso para el año 2016, que aumenta en los años siguientes en todas las poblaciones estudiadas, lo cual es congruente con la información de atenciones en Colombia. La población RUV presenta las frecuencias de uso más bajas durante el periodo estudiado y dicha diferencia se amplía para el año 2018. Por su parte, la población con atención psicosocial Papsivi, presenta frecuencias de uso similares a las del SGSSS, donde se destaca el 2014 (primer año luego del inicio de la implementación de Papsivi), pues sus frecuencias de uso son siempre superiores a las del SGSSS.

El grupo de víctimas que accedieron al proceso de atención psicosocial, demanda más servicios del sistema de salud en frecuencia y promedio de uso que las víctimas que no han accedido.

**Gráfico 17.** Frecuencias de uso de la población del SGSSS, de la población RUV y población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2014-2018



Fuente: Elaboración propia tomando los RIPS – SISPRO - Aplicativo Papsivi, accedido a través de los cubos del MSPS.

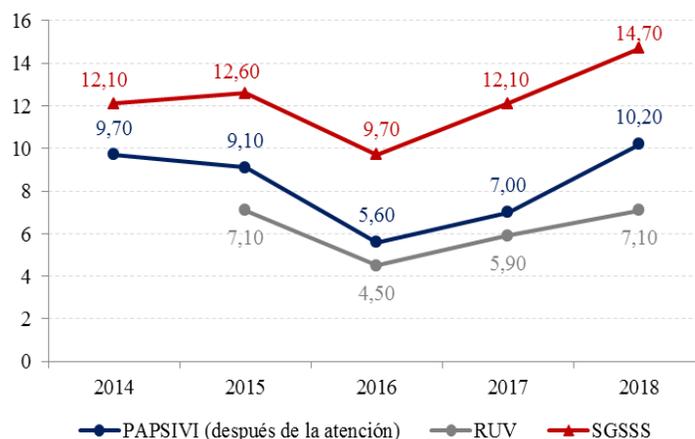
<sup>31</sup> Para el cálculo de dicho indicador, la información poblacional se basó en las proyecciones del DANE (las cuales se utilizan tradicionalmente en el sector salud para el cálculo de coberturas) para el total de población colombiana y, junto con la información RIPS dispuesta en el cubo, se calculó la frecuencia de uso en el SGSSS; para las poblaciones RUV y para víctimas con procesos de atención psicosocial –Papsivi, se utilizaron los registros administrativos dispuestos en los cubos SISPRO. Dicha información se presenta para el periodo 2013-2018. Las barras corresponden a las frecuencias de uso de la atención psicosocial -Papsivi por cohortes de atención, mientras que las líneas presentan frecuencias de uso de la población RUV y la población general colombiana denominada SGSSS.



La variable de frecuencia de uso muestra una aproximación al acceso a los servicios de salud, se observa que la población RUV accede en menor medida a los servicios de salud. Por su parte, la población con atención psicosocial Papsivi, presenta un comportamiento similar al de la población víctima sin atención psicosocial, pero en un nivel superior. Lo cual permite suponer que el acceso a la atención psicosocial aumenta el uso de los servicios en el sistema de salud, lo cual puede estar relacionado con más información del sistema, pues los profesionales al identificar necesidades en salud física y mental deben derivar a la persona al sistema, realizar gestión para superación de las barreras y realizar seguimiento al proceso.

Una vez analizadas las frecuencias de uso de los servicios de salud en las poblaciones de estudio, se presentan los promedios de uso de los servicios de salud, los cuales muestran información alrededor de la intensidad con la que se prestan atenciones en el sistema, una vez el afiliado se ha convertido en usuario.

**Gráfico 18.** Promedio de uso de la población del SGSSS, de la población RUV y de la población con atención psicosocial Papsivi. Colombia 2013-2018



Fuente: Elaboración propia tomando los RIPS – SISPRO - Aplicativo Papsivi, accedido a través de los cubos del MSPS.

El gráfico 18, presenta los promedios de uso de los servicios de salud en el periodo 2014-2018 para las poblaciones de estudio. Las líneas presentan el número de atenciones en los tres grupos de estudio: población general, población víctima que recibió atención psicosocial y población víctima que no recibió atención psicosocial. Una vez el usuario ha accedido a los servicios de salud, en la población víctima que recibió atención psicosocial Papsivi, para 2018, se



prestan alrededor de 10 atenciones al año, mientras que para la población general se le prestan 14,7 y 7 en la población víctima que no ha recibido atención psicosocial. De nuevo se observa una caída en el año 2016 en todas las poblaciones de estudio. El uso promedio de servicios es siempre mayor en el SGSSS mientras que la población RUV muestra el indicador más bajo.

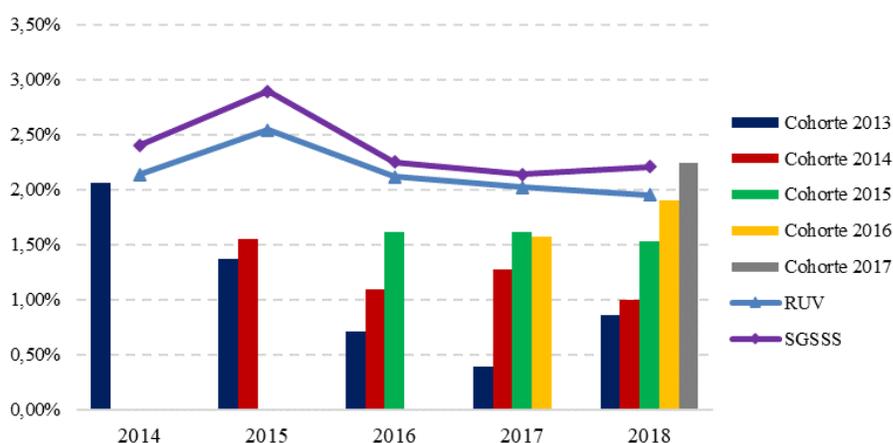
A continuación, se presenta el análisis del capítulo de salud mental CIE-10\_ F00-F99, para lo cual se tomó el total de la población perteneciente a los registros de víctimas con atención psicosocial Papsivi por cohorte, RUV y el total del SGSSS en el año 2018 y se realiza seguimiento a las atenciones en salud mental de esta población, desde el año 2014, en la base de datos RIPS.

Un hecho a resaltar de esta gráfica es que, si bien la población con atención psicosocial Papsivi hace parte del conjunto de población víctima, dicha población presenta una característica de menor acceso a los servicios de salud mental

El grupo de población víctima con acceso al proceso de atención psicosocial demandó menos atenciones en salud, relacionadas con trastornos mentales, que las víctimas que no han recibido atención psicosocial.

después de acceder al proceso de atención psicosocial, lo cual se revierte para la cohorte 2017; esto se observa en la diferencia que existe entre las barras y las líneas azul y morada para los años 2014 a 2018.

**Gráfico 19.** Atención en Salud Mental a la población del SGSSS, a la población RUV y a la población con Atención psicosocial Papsivi. Colombia 2013-2018



Fuente: Elaboración propia tomando los RIPS – SISPRO - Aplicativo Papsivi, accedido a través de los cubos del MSPS.

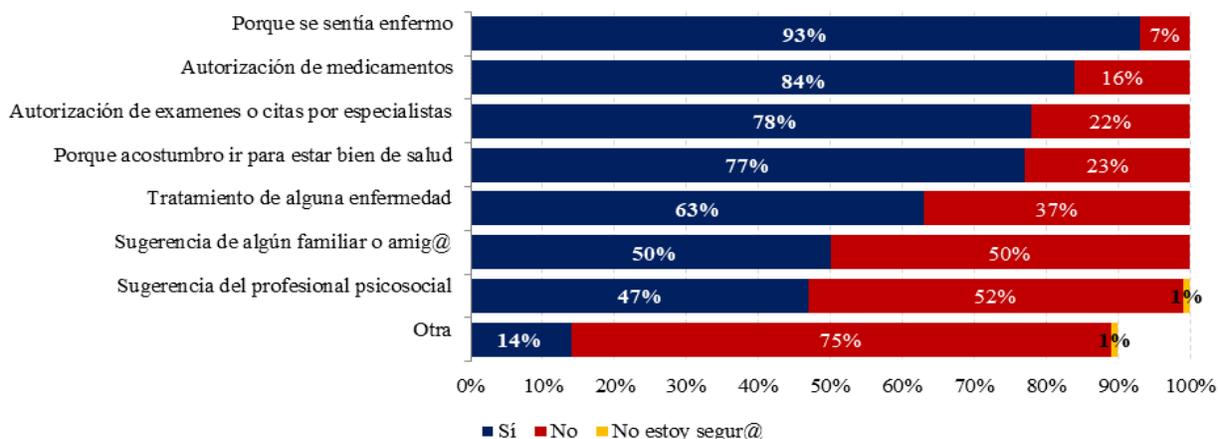


Los resultados relacionados con la demanda de servicios en salud mental, nos permite inferir que la población víctima, luego de acceder al proceso de atención psicosocial de la Papsivi, presenta menos morbilidad atendida en estas patologías en relación con población RUV (cerca de un 30% para todo el periodo); sin embargo, para la cohorte 2017 la tendencia se revierte y se iguala con el total del SGSSS. Con esto, surge la hipótesis de la existencia de una asociación entre la intervención psicosocial de Papsivi y la menor demanda de servicios en salud mental.

**5.1.1.3. Calidad y oportunidad de la atención integral en salud.** La información recolectada a través de la encuesta y el grupo focal, aplicados a las víctimas, permitió indagar sobre una serie de aspectos que dan señales de la calidad y de la oportunidad en el proceso de atención integral en salud, en el marco del SGSSS.

Así, tanto en el grupo focal como en la encuesta, las personas indicaron que en el último año utilizaron los servicios de salud, principalmente por sentirse enfermos. Dentro de los encuestados, del 85% que respondió haber demandado servicios en salud, el 93% de las personas refirió que se sentía enfermo, el 84% por autorización de medicamentos, el 78% por autorización de exámenes o citas por especialistas y el 47% por sugerencia del profesional psicosocial, como se observa en el gráfico 20. Lo último responde a las acciones de derivación que realizan los profesionales en el marco del proceso de atención psicosocial, la respectiva gestión y seguimiento.

**Gráfico 20.** Razones para asistir a los servicios de salud en los últimos 12 meses

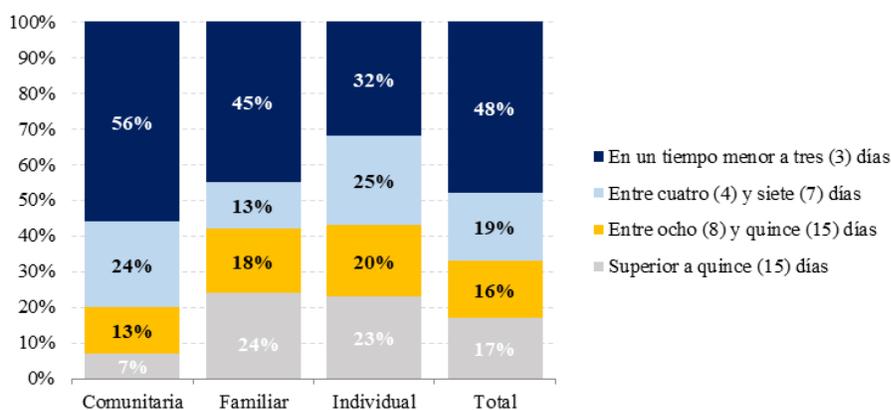


Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020



Respecto de la indagación que realizan los profesionales de las IPS a las víctimas, sobre la intención de recibir la atención en salud en el marco del *Protocolo de Atención Integral en Salud* del Papsivi (Ver anexo 2, gráfico 49), el 60% de los encuestados respondió que en el proceso de atención no se les formuló dicha pregunta, mientras que cerca del 30% de las víctimas mencionaron que sí. Así mismo se encontró que al 71% de las víctimas encuestadas, que recibieron atención en salud, los profesionales de la salud no les preguntaron por los hechos vividos en el marco del conflicto, mientras que a un 28% de ellas, sí. De igual forma, en los grupos focales, señalaron, en su gran mayoría, no haberles formulado dicha pregunta. Lo anterior puede estar relacionado con el bajo nivel de adopción e implementación del Protocolo en el País, lo cual implica un proceso de formación al talento humano, así como la conformación del equipo multidisciplinario en las IPS.

**Gráfico 21.** Luego de solicitar la cita médica en medicina general, en cuanto tiempo recibió la atención



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Respecto a la indagación sobre oportunidad en la prestación de los servicios en salud, en el marco del Protocolo, donde se espera que se realice una valoración integral por parte del equipo multidisciplinario en un periodo de tiempo específico, se les preguntó a las víctimas sobre el tiempo en que recibió la atención luego de solicitar la cita por medicina general, encontrando que el 48% recibió la atención en menos de tres días, el 19% entre 4 y 7 días; el 16% el tiempo de

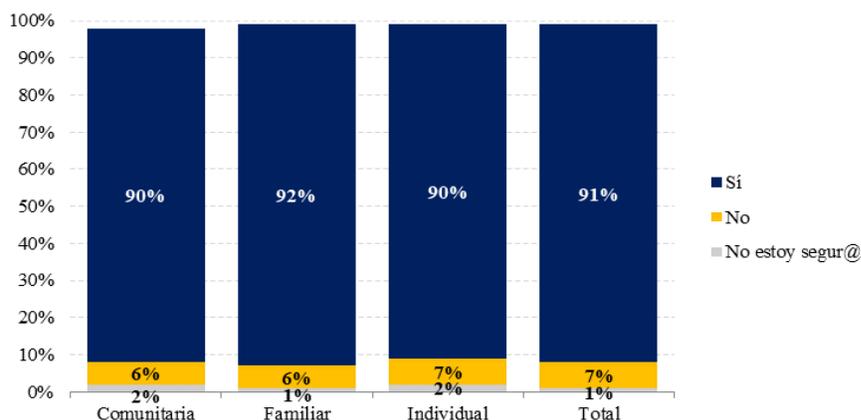


espera para la atención fue de 8 a 15 días y para el 17% el tiempo fue mayor a 15 días (Gráfico 21). En tal sentido, se puede inferir oportunidad en la prestación del servicio por medicina general, por parte de la IPS, acción que constituye la puerta de entrada al proceso de atención integral y responde a los parámetros establecidos en el Protocolo.

Igualmente, se les preguntó al 15% de las víctimas que refirieron no haber recibido servicios de salud en el último año (Anexo 2, Gráfico 48), sobre las principales causas, señalando que los tiempos de espera para las citas médicas es muy largo, no están afiliados al SGSSS, no tienen conocimiento de su aseguramiento o existe dificultad para desplazarse a los centros de salud (Anexo 2, gráfico 46).

Por otro lado, se indagó sí, luego de recibir la atención integral en salud, recomendarían el proceso a otra persona víctima del conflicto armado, encontrando que el 91% respondió que sí lo recomendaría (gráfico 22), esto se podría relacionar con la calidad del servicio, pues los usuarios de un servicio solo lo recomiendan cuándo les ha parecido satisfactoria su atención.

**Gráfico 22.** Después de haber recibido atención integral en salud, ¿Usted le recomendaría el proceso a otra persona víctima del conflicto armado?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Frente a la prestación del servicio por parte de los profesionales de salud, se le preguntó a las víctimas sobre la percepción frente al trato recibido en el momento de la atención, donde se identificó que el 95% de las personas refirieron que el profesional fue amable y las escuchó, el 87% afirmó que el profesional le permitió expresar lo que sentía y el 70% indicó motivación para



continuar con el proceso de atención gracias al profesional que lo atendió (Anexo 2, Gráfico 56). Adicionalmente, el 96% afirmaron que la conversación con el profesional fue tranquila y respetuosa, el 87% dijo que el profesional de la salud valoró las actividades que había hecho para trabajar en su recuperación y, finalmente, el 86% señaló que el profesional valoró y apoyó el acompañamiento que ha tenido de los miembros de su familia (Gráfico 23). De igual forma, en los grupos focales, las víctimas que recibieron atención integral en salud mencionaron valorar el interés que muestran el personal de salud y su buena atención, e incluso, señalaron tener una mejor percepción de la atención y del cubrimiento al identificarse como víctima del conflicto armado.

Los resultados muestran el cumplimiento de las indicaciones del *Protocolo de Atención Integral en Salud*, dirigidas a la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en su prestación de servicios, así como de estrategias de validación, normalización de las respuestas emocionales y reducción del estigma.

**Gráfico 23.** Grado de acuerdo en el proceso de atención de salud integral



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Finalmente, se buscó identificar la movilización emocional de las personas víctimas que recibieron atención en salud, indagando acerca de las emociones que emergen al volver a hablar de los hechos vividos en el marco del conflicto con los profesionales de salud, encontrando que se movilaron emociones como la tristeza en un 60% de las personas, el agradecimiento en un 50%, dolor en un 43% y la tranquilidad en un 40% (Anexo 2, gráfico 51). Por su parte, para el



76% de las personas, hablar con los profesionales de la salud, los hizo sentirse bien y para el 18% muy bien (Anexo 2, gráfico 52). Adicionalmente, el 93% de los encuestados señalaron que hablar con los profesionales de la salud, sobre los hechos vividos en el marco del conflicto, los ayudó en su recuperación y su exteriorización sus emociones (Gráfico 23), información ratificada en la narrativa de las personas que participaron en los grupos focales, donde además mencionaron sentir apoyo por parte del profesional.

Los resultados de la encuesta muestran una baja implementación del *componente de salud integral* en el territorio nacional, sin embargo, donde sí se ha implementado, las indicaciones definidas en el Protocolo permiten identificar que los profesionales han integrado el enfoque psicosocial y diferencial en la prestación de servicio, les ha permitido generar un relacionamiento más cercano con las personas víctimas, favoreciendo el reconocimiento de sus fortalezas y de sus recursos.

Finalmente, a través de los testimonios recogidos en el grupo focal, algunas personas víctimas identifican la necesidad de fortalecer el proceso para tener diagnósticos y tratamientos con mayor prioridad por parte de las IPS, así como mayor agilidad en los procedimientos administrativos por cambio de vivienda, ciudad y mayor claridad en el trámite para la gestión del certificado de discapacidad.

**5.1.2. Componente de atención psicosocial del Papsivi.** Este apartado presenta el análisis de resultados de los datos recolectados en el proceso de atención psicosocial, a través de la plataforma SISPRO del MSPS, y de la información recogida de la encuesta y los grupos focales desarrollados con las víctimas del conflicto armado. Para contextualizar la cobertura se presenta la caracterización demográfica de los atendidos, su localización, las modalidades de atención y finalmente se presentan las variables relacionadas con oportunidad y calidad de la atención psicosocial.

Las personas víctimas del conflicto armado que accedieron al proceso de atención en el periodo 2013 - 2018, fueron 626.594<sup>32</sup>; de las cuales 430.974 accedieron a través del *componente*

---

<sup>32</sup> El equipo investigador, cuenta con los microdatos solo hasta 31 de mayo de 2018.



psicosocial del Papsivi (MSPS) y 195.620 a través del EREG<sup>33</sup> de UARIV. Dentro del total de personas que accedieron al proceso de atención psicosocial, se encontró que 107.548 personas no se encuentran incluidas en el RUV y responden a las personas que conforman los grupos familiares y/o comunitarios que recibieron atención. Un número superior a las 29 mil personas accedieron al proceso de atención a través del componente psicosocial del Papsivi y la EREG, conjuntamente (Ver tabla 6).

Respecto al cumplimiento de las metas establecidas en la política pública de víctimas, con corte a diciembre de 2018, el indicador representa al 21% de los 3 millones establecidos en el CONPES 3726 de 2012. Dicho resultado sugiere que las Instituciones del Gobierno tendrá que realizar un mayor esfuerzo fiscal, técnico y operativo para mejorar y/o garantizar el cumplimiento del indicador.

La cobertura de la atención psicosocial es baja, aproximadamente sólo 1 de cada 20 personas víctimas han accedido al proceso de atención.

Tabla 3. Número de Víctimas registradas y atendidas

Característica	No. Personas	Porcentaje
Atendidos por PAPSIVI	430.974	68,8%
Atendidos por EREG	195.620	31,2%
Total víctimas atendidas	626.594	100,0%
Característica	No. Personas	Porcentaje
Identificados en Cubo de Víctimas	7.801.623	100%
Exclusivos atendidos por PAPSIVI	314.713	4,0%
Exclusivos atendidos por EREG	144.783	1,9%
Atendidos por PAPSIVI & EREG <sup>1</sup>	29.545	0,4%
Atendidos no identificados en Cubo de Víctimas	107.548	100%
Exclusivos atendidos por PAPSIVI <sup>2</sup>	86.256	80,2%
Exclusivos atendidos por EREG <sup>3</sup>	20.832	19,4%
Atendidos por PAPSIVI & EREG	460	0,4%

Fuente: SISPRO: RUV a 31 de diciembre de 2018, aplicativo de PASIVI y base EREG a 31 de mayo de 2018.

<sup>1</sup>Personas identificadas en RUV y atendidas por PAPSIVI y EREG

<sup>2</sup>Se tiene que de los 86.256 de atenciones por parte del PAPSIVI y que no se encuentran registrados en el RUV, 19.977 tienen el código de identificación 1, es decir no fueron adecuadamente identificados

<sup>3</sup>Se tiene que de los 20.832 de atenciones por parte de la UARIV y que no se encuentran registrados en el RUV, 10.326 tienen el código de identificación 1, es decir no fueron adecuadamente identificados.

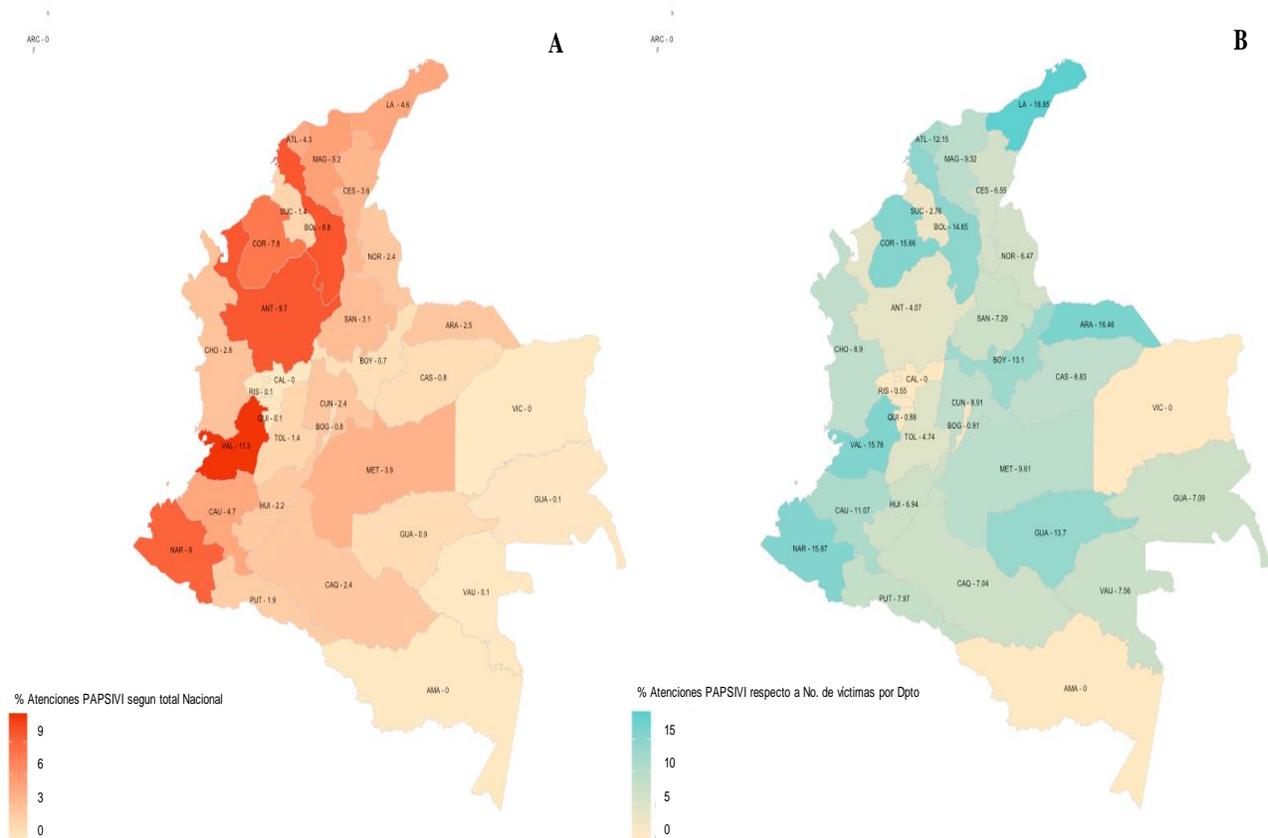
<sup>33</sup> La Estrategia de Recuperación Emocional a nivel Grupal, según lo definido en la Ley 1753 de 2015, se constituye en una acción complementaria al Papsivi. La misma desarrolla procesos de atención psicosocial a nivel grupal para la mitigación del sufrimiento emocional y las afectaciones psicosociales consecuencia de los hechos de violencia en el marco del conflicto armado.



5.1.2.1. Localización de las víctimas atendidas. Al comparar la ubicación geográfica de las personas con atención psicosocial Papsivi, respecto al total nacional de atendidos, se puede observar que las atenciones se concentran en el Valle del Cauca, Bolívar, Antioquia y Nariño, indicando participaciones del 11,3%, 9,8%, 9,7% y 9,0%, respectivamente. (Ver gráfico 24, mapa A).

El 78,7% de las personas con atención psicosocial se ubican en zonas de cabecera, urbanas y semiurbanas.

Gráfico 24. Porcentaje de personas con atención psicosocial Papsivi respecto al total Nacional de atendidos Vs. Porcentaje de personas con atención psicosocial Papsivi respecto al total de víctimas identificadas en el RUV, por departamento.



Fuente: MSPS – RUV y Aplicativo Papsivi. Corte a 31 de mayo de 2018



Por otra parte, al comparar el número de personas con atención psicosocial Papsivi con el total de víctimas identificadas en RUV por departamento y/o distrito (Gráfico 24, mapa B), se observa cierto grado de correspondencia en Nariño, Valle del Cauca y Córdoba, territorios en los que se han atendido el 15,8%, 15,7% y el 14,6% del total de personas reconocidas en el RUV. A diferencia de entidades como Bogotá D.C, donde se alcanza una cobertura de 0,9% del total de víctimas incluidas en el RUV. Esto corresponde, en buena medida, con lo señalado en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 en el que se menciona la implementación de Papsivi en entidades territoriales con mayor presencia de víctimas. Cabe anotar que Antioquia es el departamento con mayor número de víctimas en RUV (sobrepasa el millón de personas), donde se ha llegado al 4,0% de las víctimas con atención psicosocial de Papsivi.

**5.1.2.2. Características Demográficas de las Víctimas atendidas en el componente psicosocial.** Las pirámides poblacionales de las personas con atención psicosocial Papsivi y por EREG, muestran estructuras diferentes a las de nivel nacional, en la cuales predomina el mayor número de mujeres adultas, comprendidas entre los 30 y 55 años. Respecto al sexo se identificó que las mujeres con atención psicosocial Papsivi representan el 45,3% y por EREG el 58,5%. Respecto a los hombres con atención por el componente psicosocial del Papsivi, se observa una concentración de hombres con edades entre los 10 y los 25 años, representando el 31,8% del total, mientras que los hombres atendidos por EREG, con estas mismas edades, representaron el 12,8%. Cabe resaltar que la mayoría de los hombres atendidos por EREG, oscilan en edades desde 45 a 65 años. (Ver Anexo 1, gráfico 1)

Respecto a la pertenencia étnica, el 6,7% de las personas víctimas con atención por el componente psicosocial de Papsivi, autoreconoció pertenecer a algún grupo étnico, lo que concuerda con RUV (base SISPRO), pues el 5,8% del total de personas incluidas refirió dicha pertenencia (Ver Anexo 1, gráfico 2). Frente a la identidad de género, el 52,4% de las personas con atención psicosocial Papsivi afirmaron pertenecer al género femenino, el 34,0% al masculino y el 13,7% no definido. Respecto a la orientación sexual, el 81,2% de las personas con atención psicosocial Papsivi refirió ser heterosexual, 18,5% no definida y 0,2% homosexual. (Ver Anexo 1, gráfico 3 y 4)



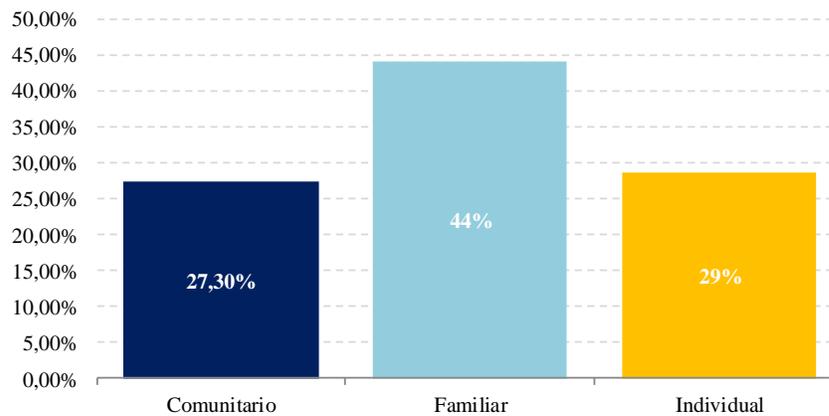
Al identificar las personas víctimas con discapacidad, se encontró que del total de población identificada en RUV, personas con atención psicosocial Papsivi y EREG (según SISPRO), el 2,6%, 4,2% y 5,5%, respectivamente, presenta algún tipo de discapacidad. A nivel nacional, según el RLCPD, el 2,9% de la población colombiana tiene algún tipo de discapacidad (Ver Anexo, gráfico 5). Al realizar el cruce de información del RLCPD y el RUV se encontró que, la población RUV presenta alteraciones en movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (38%); seguido de alteraciones en el sistema nervioso (23,5%); ojos (15,4%); sistema cardiorespiratorio y las defensas (7,8%). Por su parte, en la población con atención psicosocial Papsivi el 39,3% presenta alteraciones en movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; seguido de alteraciones en el sistema nervioso (20,8%); ojos (17%); sistema cardiorespiratorio y las defensas (8,2%). Finalmente, la población EREG, presenta alteraciones en movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (44,5%); seguido de alteraciones en el sistema nervioso (15,7%); ojos (18,4%); sistema cardiorespiratorio y las defensas (9,4%). (Ver Anexo 1, gráfico 6)

**5.1.2.3. Hechos Victimizantes.** En lo referente a los hechos victimizantes, tanto las víctimas incluidas en el RUV como las personas con atención psicosocial Papsivi, han presentado como principal hecho victimizante el desplazamiento forzado, 84,8% y 70,3%, respectivamente, seguido por el homicidio, las amenazas y la desaparición forzada. (Ver Anexo 1, gráfico 7)

**5.1.2.4. Personas atendidas según modalidad.** Al observar la distribución de la población atendida según la modalidad en el *componente psicosocial* del Papsivi, se observa que la atención familiar predomina con un 44 % del total de la población, seguido de la individual que representa el 28,6% y la atención comunitaria con el 27,3% (ver gráfico 25).



**Gráfico 25.** Personas atendidas según modalidad



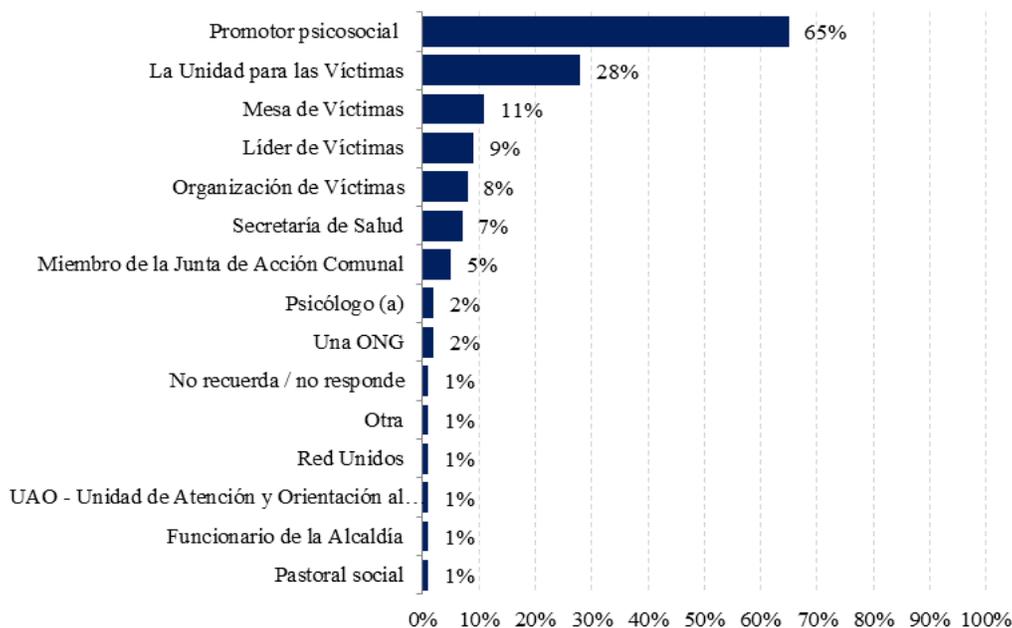
Fuente: SISPRO: Aplicativo Papsivi a 31 de mayo de 2018

**5.1.2.5. Calidad de la atención psicosocial del Papsivi.** De acuerdo con la definición de calidad de la atención psicosocial, incluida en el glosario de este documento, se establece como la provisión de servicios individuales, familiares, comunitarios y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y recuperación psicosocial de las víctimas (MSPS, 2017). En este orden de ideas, en la encuesta y los grupos focales se indagó por las rutas de acceso al programa, la percepción de la atención y la valoración del personal que acompañó el proceso de atención psicosocial.

Respecto a las rutas de acceso al programa, se encontró que principalmente se accede al programa a través de promotor psicosocial (65%), seguido de la Unidad para las Víctimas (28%), la Mesa de Víctimas (11%) o un líder de víctimas (9%) (Gráfico 26). Por su parte, los encuestados refirieron que el acercamiento se realiza principalmente de manera presencial, en cada uno de los casos mencionados. Esto es coherente con los testimonios de las víctimas en los grupos focales, donde mencionaron haber sido focalizados por los promotores y profesionales psicosociales, a través de comunicación telefónica.



**Gráfico 26.** Distribución pregunta: Para recibir la atención psicosocial, ¿usted tuvo contacto con cuál de los siguientes actores?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

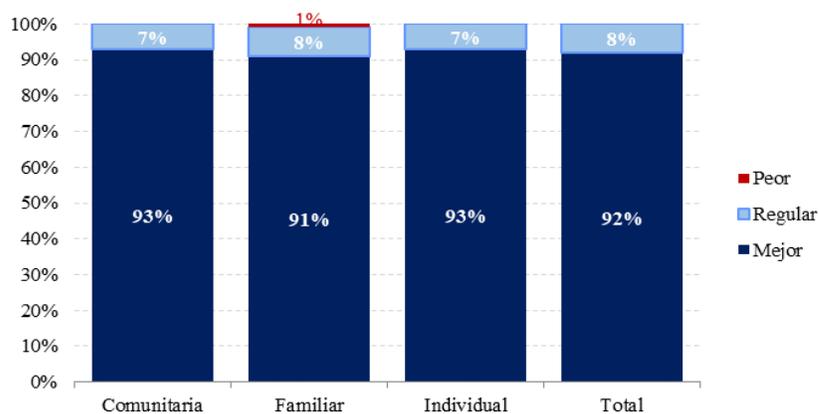
Los resultados identificados, corresponden con las orientaciones dadas por el MSPS para la búsqueda activa de las personas víctimas, a través de protocolo para la búsqueda y focalización, el cual es implementado, principalmente, por el promotor psicosocial con el objetivo de establecer un contacto directo con las personas víctimas y profesionales psicosociales, favoreciendo así una acción sin daño. Los resultados de la gráfica 26 muestran la importancia del rol que desempeña el promotor psicosocial en el componente psicosocial, primero por su funcionalidad con el establecimiento de una relación de confianza con las víctimas que acceden al proceso y, segundo, por la representatividad que han tenido en los equipos psicosociales, donde han alcanzado el 24% del recurso humano (2013 y 2014). Otro punto que resalta la gráfica, son los aspectos de coordinación con las víctimas, pues esencialmente son las mesas, los líderes y las organizaciones de víctimas apoyan la focalización de las víctimas para acceder al programa.

En cuanto a la percepción que tienen las víctimas sobre la atención psicosocial del Papsivi, al inicio del proceso, dentro del grupo focal refirieron sentirse con sensación de bienestar por compartir con otras personas sus experiencias, a su vez, expresaron que emergieron emociones de



tristeza por recordar los hechos vividos en el marco del conflicto. Por otra parte, 92% de las personas encuestadas indicaron que creían que el Papsivi les iba ayudar a sentirse mejor (Gráfico 27).

**Gráfico 27.** Distribución pregunta: Al iniciar la atención psicosocial del Papsivi, ¿creía que le iba a ayudar para sentirse mejor?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Por su parte, al preguntar sobre el momento más significativo durante el proceso de atención, las personas que participaron en el grupo focal señalaron que, el fortalecimiento de lazos familiares y el acompañamiento de un profesional psicosocial en su proceso de recuperación (Gráfico 28).



**Gráfico 28.** Distribución Pregunta - ¿Cuál fue el momento más relevante (significativo) del proceso de atención psicosocial? (Relacionado con...)

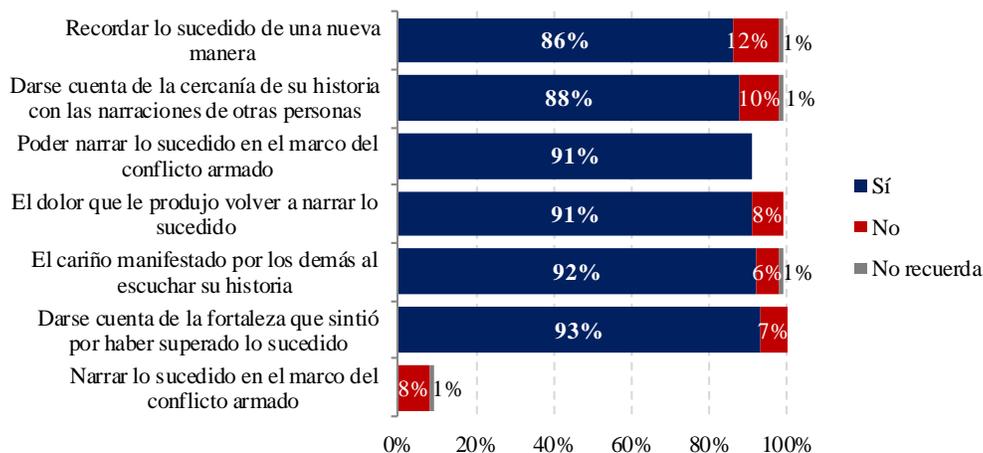


Fuente: Grupos Focales evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

En ese mismo sentido, las personas víctimas encuestadas señalaron haberse dado cuenta de la fortaleza que sienten por haber superado lo sucedido, el cariño manifestado por los demás al escuchar su historia y la cercanía de sus historias con la narración de otras personas; lo cual está relacionado con la generación de vínculos empáticos entre las personas víctimas que participaron en el proceso de atención psicosocial (Gráfico 29).



**Gráfico 29.** Distribución de la pregunta: Durante el proceso de atención, ¿Cuál de las siguientes situaciones fueron significativas en el marco de la atención psicosocial brindada por Papsivi?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Frente a la percepción del proceso de atención psicosocial, según los testimonios del grupo focal, las personas víctimas valoraron positivamente el acompañamiento en su recuperación mental y emocional, por la enseñanza y conocimiento aportado, por la generación de confianza, de vínculos y de trato gentil y por la motivación para la búsqueda de la unión familiar.

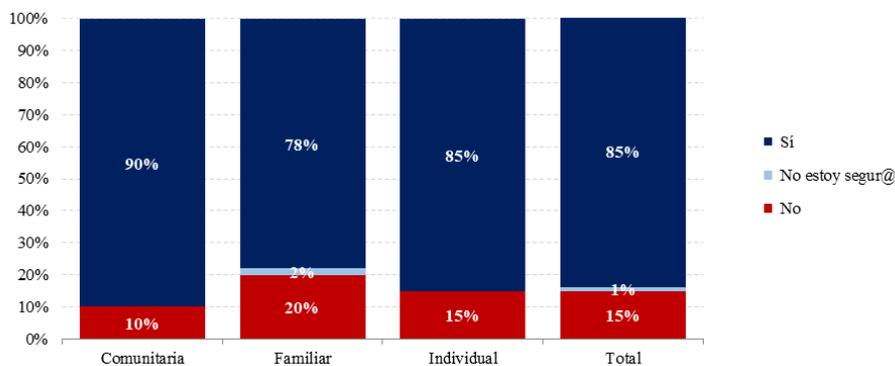
Otro de los elementos analizados en la evaluación fue la identificación de necesidades en salud física y mental, así como la derivación a otros servicios definidos en el marco de la Ley de Víctimas, identificando que el 85% de las personas encuestadas respondieron que los profesionales psicosociales los habían motivado para demandar los servicios en salud física y/o mental, el 14% respondió que no y el restante 1% no está seguro (Gráfico 30). Igualmente, los testimonios del grupo focal refirieron haber recibido información sobre los servicios de salud a los que pueden acceder, en aspectos relacionados con chequeos médicos de rutina, adicionalmente mencionaron haber recibido asesoría de los profesionales frente a los trámites que debían realizar para acceder a otros servicios.

En este contexto, se les indagó a los encuestados si los profesionales psicosociales les habían preguntado sobre las posibles afectaciones en la salud mental o física debido a los hechos ocurridos en el marco del conflicto armado, donde el 82% indicó que sí presentaba afectaciones



en su salud física y el 74% en su salud mental. Sobre esto se infiere que los profesionales psicosociales reforzaron las orientaciones para que las personas víctimas accedieran a los servicios de salud.

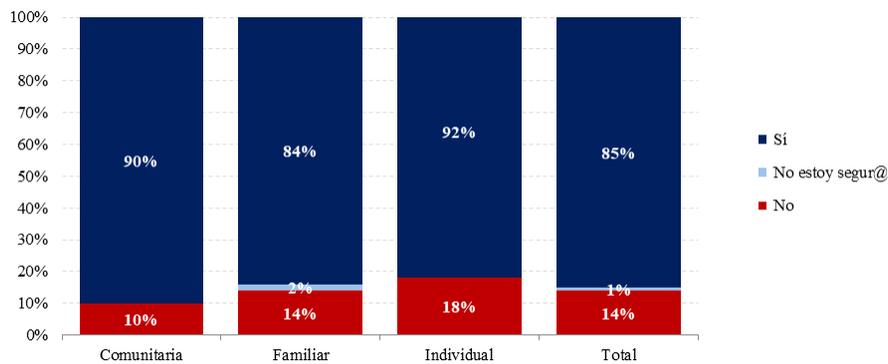
**Gráfico 30.** Distribución de la pregunta: Durante la atención psicosocial ¿pudo reconocer que los hechos de violencia vivida afectaron su salud física?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

**Gráfico 31.** Atención psicosocial y gestión en salud física y mental

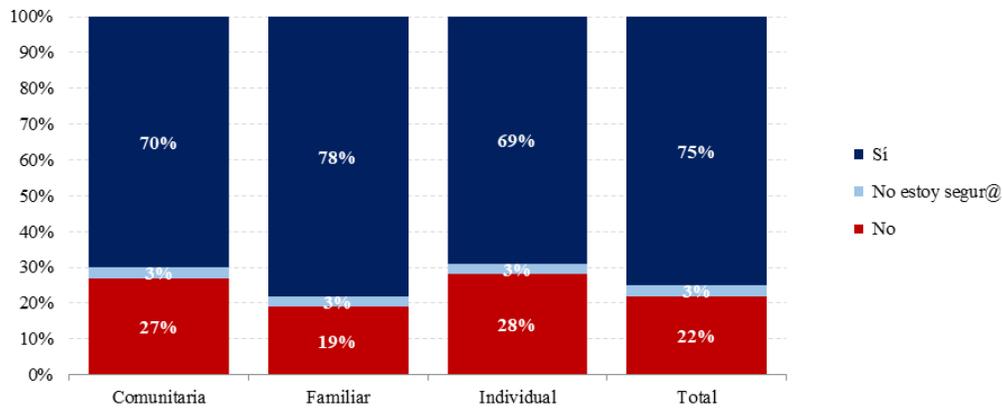
Durante la atención psicosocial ¿se le motivó a ir a los servicios de salud?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020



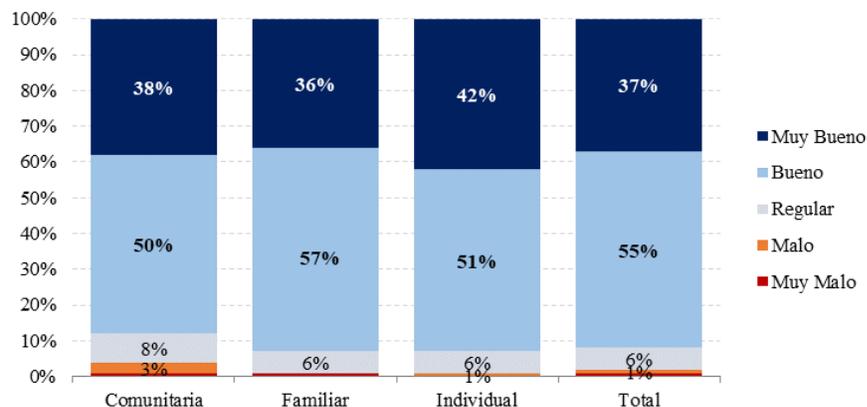
Durante la atención psicosocial, ¿se le oriento a la superación de dificultades para recibir los servicios de salud física y/o mental?



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Finalmente se indagó a las personas víctimas encuestadas sobre la calificación que le daría al proceso de atención psicosocial recibido, frente a lo cual se encontró que el 92% lo considera bueno o muy bueno, especialmente las personas atendidas en la modalidad familiar e individual (93%), mientras que quienes recibieron atención en la modalidad comunitaria 88% respondió que el proceso fue bueno y muy bueno (Gráfico 32). La diferencia se puede comprender al tomar los testimonios del grupo focal, donde algunas personas víctimas, sienten que no lograron generar vínculos con los profesionales, bien sea por el número de personas que participa en esta modalidad o porque no sienten un trato diferencial.

Gráfico 32. Calificación del proceso de atención psicosocial del Papsivi



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020



**5.1.2.6. Oportunidad de la atención con el componente psicosocial.** La oportunidad se definió (ver glosario), para el presente documento, como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relacionó con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (MSPS, 2008).

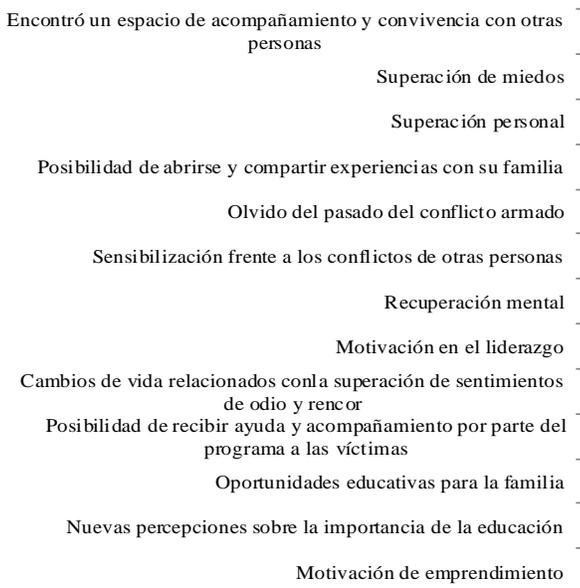
En este contexto, la oportunidad se analizó tomado como referente la prestación de la atención psicosocial, desde el inicio hasta la finalización. Así, la particularidad de la atención psicosocial, donde el proceso de focalización se genera a través de búsqueda activa e inicia luego de establecerse el contacto entre la persona víctima y el profesional, teniendo una frecuencia semanal (modalidad individual y familiar) y quincenal (modalidad comunitaria), se gestionan sinergias entre las víctimas y con el profesional que permite, en algunos casos, que algunas quieran continuar el proceso o soliciten atención en otra modalidad (según testimonios del grupo focal).

**5.1.2.7. Aportes de la atención psicosocial.** El Papsivi contempla dentro de sus fundamentos la comprensión ontológica del ser humano, concibiendo al individuo como un ser multidimensional (comportamental, físico, relacional, trascendental, emocional y simbólico cognitivo), permitiendo la integración de diversas expresiones y comprensiones de hechos vividos en el marco del conflicto armado y, en consecuencia, las expresiones de recuperación se reflejan en sus emociones, pensamientos y/o conductas.

En consecuencia, en la encuesta y los grupos focales se indagó sobre los cambios percibidos luego de haber accedido al proceso de atención psicosocial, en relación con el plano relacional, emocional–corporal y personal, encontrando, en los testimonios de los grupos focales, que algunos de ellos refirieron haber encontrado un espacio de acompañamiento y convivencia con otras personas, otros de superación de miedos o superación personal y de unión familiar (Gráfico 33).



Gráfico 33. Cambios luego de la atención psicosocial



Fuente: Grupo Focal evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

Por su parte, las personas víctimas encuestadas refirieron querer volver a compartir con sus seres queridos (95%), iniciar, continuar o construir un nuevo proyecto de vida (95%) y lograr sus metas (93%), principalmente (Gráfico 34).

Gráfico 34. Escala respecto de situaciones vividas luego del proceso de atención psicosocial

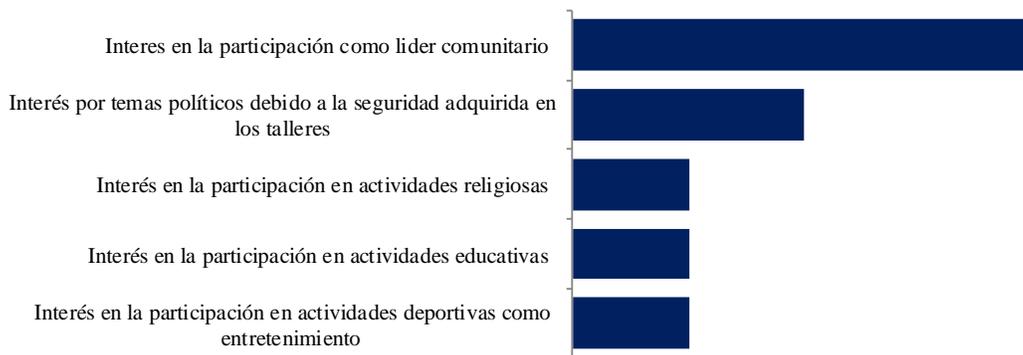


Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020



Así, reconociendo que una de las características del proceso de recuperación psicosocial de las personas víctimas en el fortalecimiento de los vínculos, en los grupos focales se indagó sobre las iniciativas que tuvieron de participar en actividades familiares o procesos comunitarios (políticos, cívicos, religiosos, sociales, deportivos, artísticos, etc.), posterior al proceso de atención, encontrando testimonios relacionados con el interés de participar como líder comunitario y en temas políticos para apoyar otras personas, y la reconfiguración y/o restablecimiento de la comunicación con sus familiares o personas cercanas. En la encuesta se encontró que el 66% de las personas víctimas tuvieron la iniciativa de la participar en dinámicas comunitarias (Anexo 2, Gráfico 37).

**Gráfico 35.** Distribución de pregunta: Interés en la participación en actividades familiares o procesos comunitarios luego de la atención psicosocial



Fuente: Grupos Focales evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

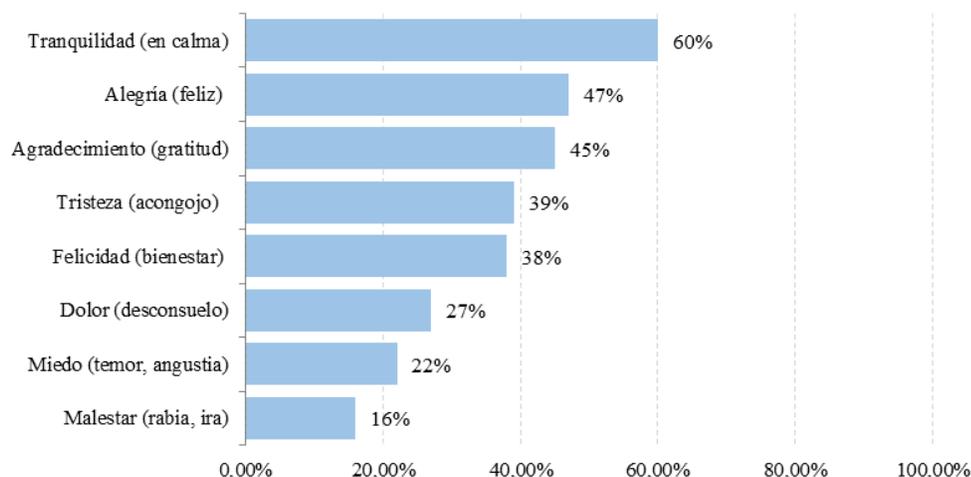
En ese mismo sentido, el 89% de los encuestados en las modalidades familiar y comunitaria manifestaron cambios en la forma de relacionarse con las personas que participaron en el proceso de atención (Anexo 2, Gráfico 24). Igualmente, el 69% de los encuestados señalaron que al interior de su familia y/o comunidad la relación se hizo más cercana (Anexo 2, Gráfico 25), ratificado en los testimonios de las personas víctimas que participaron en los grupos focales.

Así mismo, se preguntó a los encuestados si volvieron a hablar con algún familiar, amigo(a), o vecino (a) después de recibir la atención psicosocial, a lo que el 84% dijo que sí



(Anexo 2, Gráfico 30) y manifestaron sentir tranquilidad (60%), alegría (47%) y agradecimiento (47%), principalmente, como se observa en la gráfica 36. Por su parte, el 94% de personas que refirieron haberse acercado a algún familiar, amigo(a), o vecino (a), señaló sentirse bien luego de haberlo hecho (Anexo 2, Gráfico 33).

**Gráfico 36.** Sentimientos al momento de volver a hablar con otra persona motivados por la atención psicosocial recibida



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020

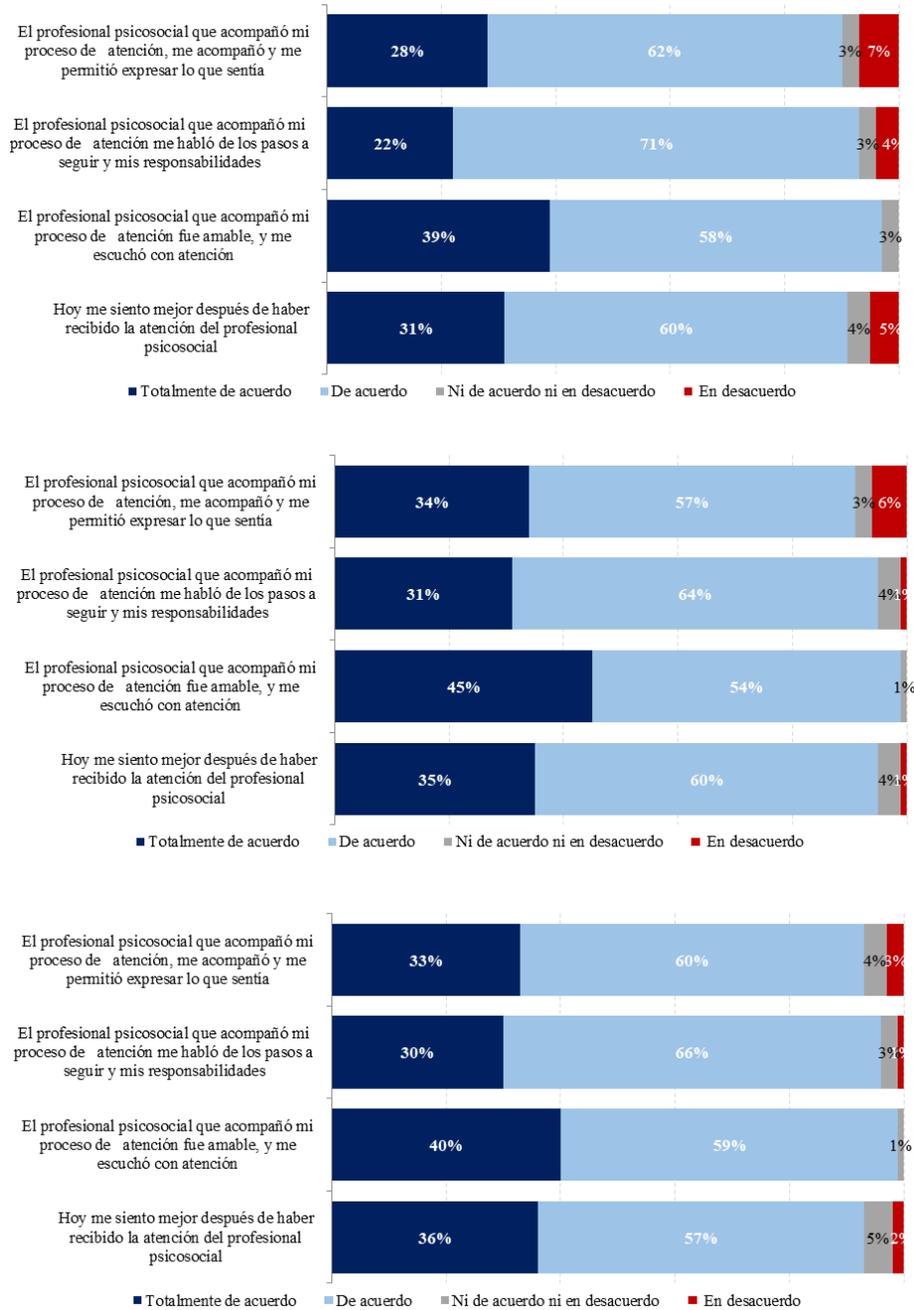
Otra característica del proceso de recuperación psicosocial, relacionada con el fortalecimiento de vínculos, es tener una participación más activa en las actividades familiares, encontrando que el 72% de los encuestados respondieron mejorar su participación luego de la atención (Anexo 2, Gráfico 34), lo que, a su vez, les permitió sentirse tranquilos (70%), alegres (51%), agradecidos (50%) y con sensación de bienestar (46%) (Anexo 2, Gráfico 35).

Ahora bien, respecto a los cambios en las emociones y conductas, se indagó sobre la percepción de cambios emocionales en al menos una persona de la familia o de la comunidad, luego de participar en el proceso de atención psicosocial, donde el 80% respondió afirmativamente frente a la percepción de cambios emocionales (Anexo 2, Gráfico 26) y el 72% indicó distinguir cambios en la conducta (Anexo 2, Gráfico 28). Adicionalmente se preguntó sobre las características de dichos cambios, identificando principalmente el aspecto emocional con el



68% con actitudes más sociables y el 63% lo veía más alegre (Anexo 2, Gráfico 27), otra fue observar a la persona mucho más activo en el trabajo (78%). (Anexo 2, Gráfico 29)

Gráfico 37. Calificación a los profesionales (grado de acuerdo)



Fuente: Encuesta evaluación Papsivi. MSPS-OPS. 2020



Por otro lado, frente al servicio recibido, al preguntarle a los encuestados sobre la calificación que le atribuyó a los profesionales psicosociales que los acompañó en el proceso de atención se encontró que, el 95% señaló una calificación buena y muy buena (Anexo 2, Gráfico 38), fundamentada en la amabilidad y respeto que tuvo frente a las narraciones realizadas (97% en modalidad comunitaria, 99% en la familiar y 93% en la individual), así como el continuo acompañamiento para informarle acerca de los pasos a seguir en las sesiones y sobre sus responsabilidades (gráfico 37).

## 5.2. Monitoreo y Evaluación

En esta sección, se analiza la información registrada en el marco del Sistema de Seguimiento y Monitoreo del *componente psicosocial* del Papsivi, pues como se explicó en apartados anteriores, existen instrumentos específicos que se aplican durante el proceso de atención psicosocial. Es importante aclarar que esta información sólo está disponible para el componente psicosocial.

**5.2.1. Percepción de recuperación (instrumento de seguimiento).** El presente apartado muestra los resultados de la información registrada en el Aplicativo de Papsivi, a través de la aplicación del instrumento de percepción de la recuperación (seguimiento).<sup>34</sup>

El Gráfico 38, muestra el promedio de las puntuaciones de las tres (3) valoraciones que se recogen por modalidad, allí se observa una tendencia creciente en las valoraciones para la modalidad individual y familiar. Para la modalidad individual se tuvo un promedio de 5,94 en la primera aplicación y 8,69 en la tercera para el año 2017 y una variación de 5,54 a 8,51 para 2018; para la modalidad familiar durante el 2017, los promedios variaron de 5,88 a 8,59 y de 5,85 a 8,57 en 2018. Por su

La percepción de recuperación de las víctimas que reciben atención psicosocial, en el marco del Papsivi, mejora al avanzar el proceso.

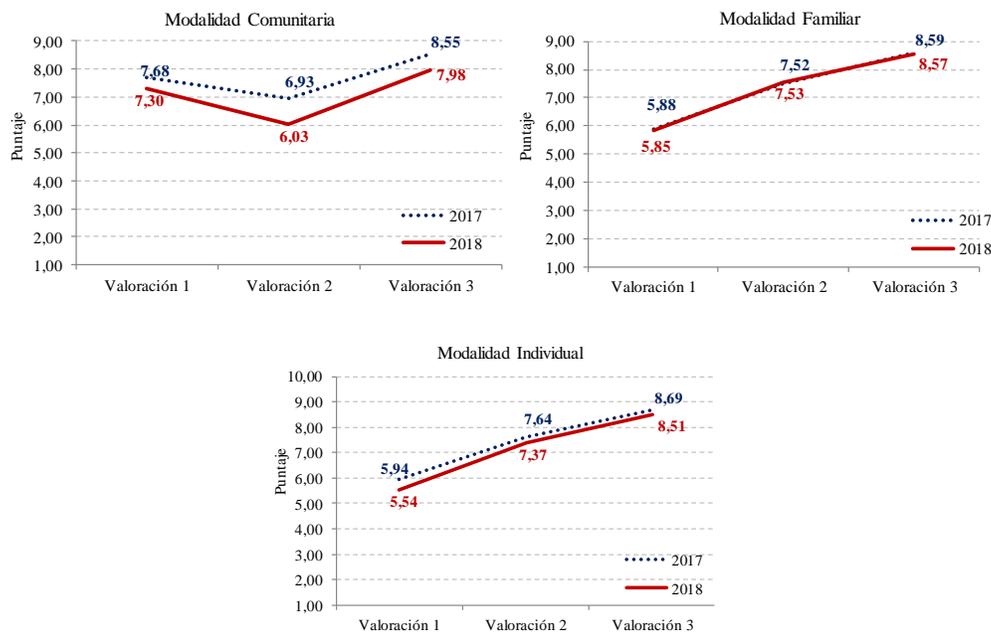
<sup>34</sup> El instrumento captura las características generales de la percepción de recuperación en los diferentes momentos de aplicación en su escala original (1 a 5) que posteriormente transforman en el Índice de Percepción obtenido en la última valoración (escala transformada de 1 a 10). La presentación de la metodología de la construcción de cada uno de los índices se encuentra en el *Informe Metodológico Evaluación de procesos, institucional y de resultados del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi*.



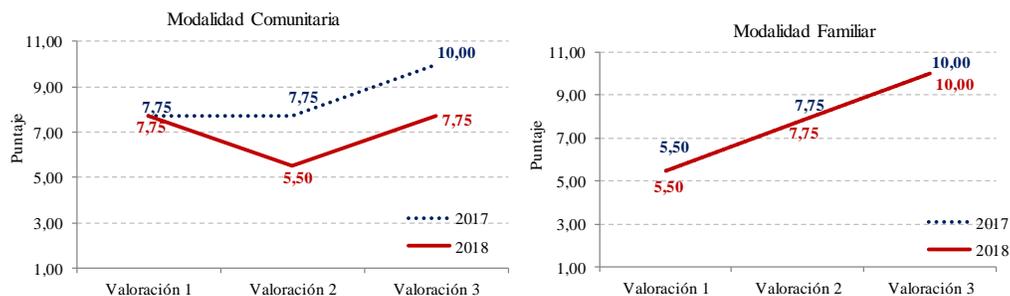
parte, la modalidad comunitaria muestra una fluctuación de los promedios para las dos vigencias, por ejemplo, para el año 2017 el promedio fue 7,68 en la primera aplicación, después se observó una disminución en la segunda aplicación y un repunte en la tercera con 8,55.

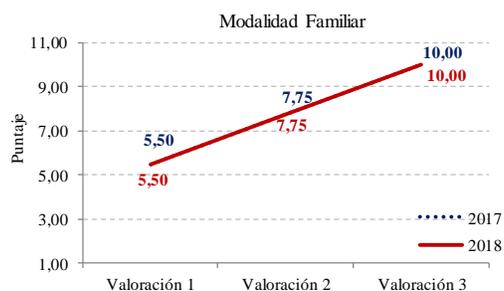
**Gráfico 38.** Promedio y Mediana de los puntajes en las tres (3) aplicaciones de *Percepción de Recuperación* por modalidades.

Promedio por puntajes en las tres (3) aplicación de *Percepción de Recuperación* por modalidades.



Mediana por puntajes en las tres (3) aplicación de *Percepción de Recuperación* por modalidades.





Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018. Las desviaciones estándar oscilan entre 2,7% y 2,9% en las primeras valoraciones, entre 2,2% y 2,8% en las segundas valoraciones y entre 1,8% y 1,9% en las últimas valoraciones.

Los resultados de la mediana de los puntajes en las tres valoraciones realizadas, evidencia un comportamiento similar que el promedio, en términos generales para la modalidad individual y familiar se observa un aumento de la percepción de recuperación a través del tiempo, alcanzando el puntaje máximo en el momento 3. En el caso de la modalidad comunitaria, en la segunda valoración para el año 2018 hubo una reducción de la mediana de dicho puntaje, y un repunte para la última valoración. Se observa que a medida que la atención psicosocial avanza la percepción de recuperación por parte de los beneficiarios mejora, con una variación en la modalidad comunitaria, que tiene una disminución en la segunda valoración. En todo caso, para las tres modalidades la percepción de recuperación aumenta entre la primera y la tercera valoración.

La distribución de frecuencias de las valoraciones en los tres momentos para la modalidad comunitaria, evidencia que en el año 2017 hubo un mayor porcentaje de percepción de recuperación que 2018, pues hay un mayor porcentaje de respuestas en las categorías más altas. Ahora bien, entre la aplicación 1 y 2, hubo una disminución de la frecuencia de las respuestas mayores, sin embargo, en el último momento se ve que aumentó de nuevo el porcentaje de personas que seleccionaron las categorías más altas de percepción de recuperación. Igualmente se identifica que para 2017 el 86% de los beneficiarios percibieron un avance satisfactorio respecto al objetivo de atención propuesto en el momento de *Acercamiento y Reconocimiento*, por su parte el 2018 fue de 80 %. (Ver Anexo 1, gráfico 12).

Para la modalidad familiar (Ver Anexo 1, gráfico 13), la valoración en los tres momentos indica que al comparar por año no se evidencia un cambio sustancial en la percepción de recuperación. Sin embargo, con el paso del tiempo la percepción de recuperación del proceso



aumenta. Para 2017, el 87% de las familias percibieron un avance significativo en su proceso de recuperación mientras que para 2018 fue de 86%, mostrando muy poca variabilidad.

Finalmente, para la modalidad individual (Ver Anexo 1, gráfico 14), se tiene que los resultados de 2018 son ligeramente mejores que los de 2017. Al comparar la evolución de la percepción de recuperación se identifica, al igual que en la modalidad comunitaria y familiar, un aumento de dicha percepción a medida en que avanza en el proceso de atención. Se observa que, para 2017, el 87% de las personas tuvieron una buena percepción de recuperación respecto al objetivo propuesto y para 2018 fue de 85%.

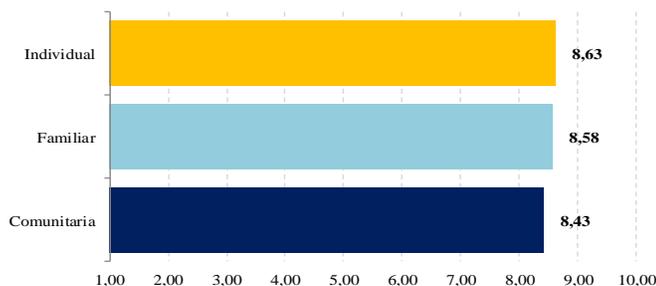
La Tabla 7 presenta los resultados del índice de percepción de recuperación para las tres modalidades en la sesión 6, es decir, en la tercera valoración del índice. No se observan diferencias importantes de acuerdo con el tipo de modalidad. Los promedios de dicho índice para cada modalidad oscilan entre 8,43 y 8,63. Del mismo modo, la desviación estándar es cercana para las tres modalidades, entre 1,82 y 1,90. Se puede concluir que la percepción de recuperación que tienen las víctimas, respecto al objetivo propuesto en el momento de *Acercamiento y Reconocimiento*, es satisfactoria y no presenta mayores diferencias entre las modalidades. (Ver Anexo 1, gráfico 16)

**Tabla 4.** Estadísticas descriptivas del índice de percepción de recuperación - momento 3

Modalidad	Promedio	Mediana	Desviación	Número de planes	Mínimo	Máximo
Comunitario	8,43	10,0	1,95	1.880	1	10,0
Familiar	8,58	10,0	1,82	28.304	1	10,0
Individual	8,63	10,0	1,90	25.672	1	10,0

Fuente: Equipo investigador. Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018

**Gráfico 39.** Promedios de los índices de percepción de recuperación



Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi- Resultados de los índices entre 2017 y 2018

\*Índices de percepción obtenidos en el momento 3.



Además del índice total, se presenta una desagregación del índice por año, número de sesiones, departamento, hecho victimizante, tema, nivel y motivo de cierre del proceso. El índice de percepción de recuperación por año, evidencia que para las tres modalidades hubo una leve disminución del índice entre el año 2017 y 2018. Dicha disminución fue mayor para la modalidad Comunitaria (Ver Anexo 1, gráfico 15)

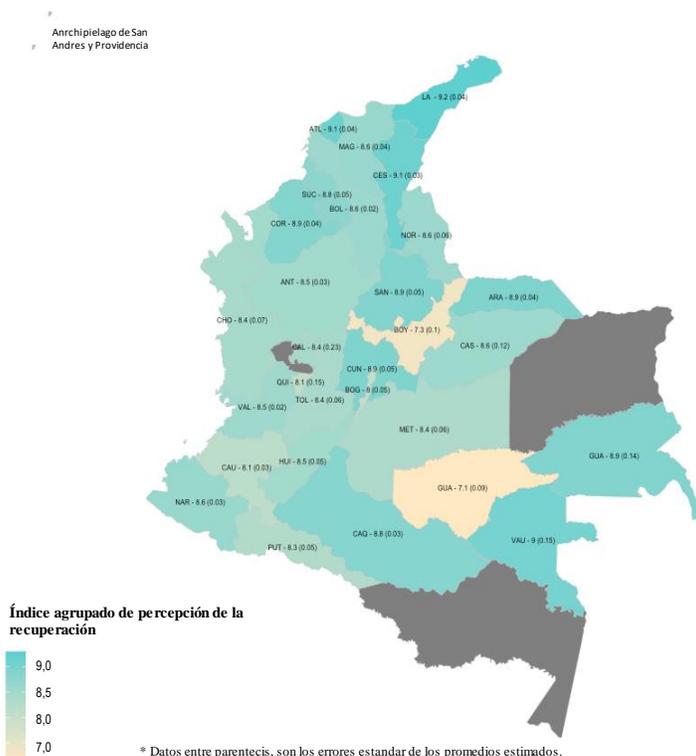
En el caso de la comparación del comportamiento del índice en términos del número de sesiones que se hayan realizado, se observa que, a mayor número de atenciones, en promedio el índice puntúa mayor para las 3 modalidades. (Ver Anexo 1, gráfico 16). En el caso de la agrupación del índice por departamento, se tiene que, en promedio, el departamento donde las víctimas tienen mejor *percepción de recuperación* es Atlántico, seguido por Vaupés y Cundinamarca; ahora bien, los departamentos que tienen en promedio menores puntuaciones del índice de percepción de recuperación son: Bogotá, Guaviare y Boyacá.

Como se observa en anterior Gráfico 39, el índice de percepción de recuperación muestra altos puntajes a lo largo del país, con puntuaciones entre 8 y 9, en una escala de 1 a 10, lo que establece que el grado de cumplimiento de las actividades propuestas entre las víctimas y el profesional que las atiende es óptimo. Pero es claro que por ser un instrumento que aplica el mismo profesional a la víctima, puede presentar algún tipo de sesgo, no obstante, es un indicador que cumple con su función en la medida en que presenta un resultado de evolución y se mide de forma periódica.

Al tener en cuenta el *índice de percepción de recuperación* según el hecho victimizante y la modalidad, se encuentra que, para el caso de la atención comunitaria, el abandono o despojo forzado de tierras y el desplazamiento forzado, puntúan más alto, mientras que, el secuestro y las minas antipersona, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado, puntúan más bajo. En el caso de la atención familiar, el hecho victimizante que tiene mayor puntaje en el índice de percepción, es abandono o despojo forzado de tierras, en contraste el más bajo lo tuvo la tortura. Para la modalidad individual se presenta el que el hecho victimizante que tiene mayor puntaje es amenaza, mientras que el puntaje más bajo se encuentra el abandono o despojo forzado de tierras (Ver Anexo, gráfico 17).



Gráfico 40. Índice de percepción de recuperación agrupado por departamento 2017 - 2018



Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi. Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018  
Nota: los departamentos en gris no tienen suficientes datos para lograr realizar el análisis

Al relacionar el puntaje del índice de percepción con el motivo de cierre de la atención del componente psicosocial Papsivi, se encuentra que las víctimas que terminaron plenamente las sesiones de atención cumplieron con las metas propuestas durante la intervención del profesional psicosocial, lo que demostraron con la alta puntuación generada en la última valoración de la percepción, por encima de 8,4 en todas las modalidades. (Ver Anexo 1, gráfico 18)

Al analizar el índice por nivel de atención se tiene que, en la modalidad comunitaria, la mayor percepción de recuperación por parte de las víctimas es con técnica grupal niños y niñas (9,73), mientras que técnica grupal de adolescentes tiene un índice de percepción de recuperación de 8,09, que es el más bajo. En la individual y familiar el nivel de atención psicosocial que tiene mejor percepción de recuperación es *Consejería y Apoyo* con 8,75 y 8,60, respectivamente. (Ver Anexo 1, gráfico 19)



Al agregar el índice por *tema* abordado en el proceso de atención psicosocial. Para la modalidad familiar es: Atención familiar frente a la experiencia de la Tortura y Construcción de nuevas narrativas en torno al significado de familia en el marco del reclutamiento ilícito, los temas que puntúan más alto. Y para la individual es: Atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de reclutamiento ilícito en el momento de estabilización y comprensión grupal conflicto armado y re-construcción memoria en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. (Ver Anexo 1, gráfico 20)

En la modalidad comunitaria se encontró que el tema que tiene mejor percepción de recuperación por parte de las víctimas es Reconocimiento de los adolescentes y sus capacidades en la construcción de memoria, Re-significación de la relación con la persona desaparecida forzosamente y Fortalecimiento comunitario frente a la experiencia de reclutamiento Ilícito con 10,00.

Se realizó el análisis del *índice de percepción de recuperación* de acuerdo con el *resumen del alcance*, se tiene que, para la modalidad comunitaria, la mayor puntuación la tuvo la categoría: principalmente nuevos sentidos y formas de enfrentar la experiencia de violencia con 9,97 y el más bajo, Otras formas de comprensión colectiva de los hechos victimizantes con 8,02. Para la modalidad familiar, el índice más alto lo tuvo el alcance: Se aprecia organización y funcionamiento eficaz, con capacidad para enfrentamiento situaciones tensión y problemas con 8,79 y el más bajo cuando no se apreciaban cambios relevantes. Finalmente, para la modalidad individual, el índice más alto lo tuvo el tema: Expresiones de bienestar, satisfacción con restauración en roles y actividades con 8,92 y el más bajo cuando de nuevo no se aprecian cambios relevantes. (Ver Anexo 1, gráfico 22)

**5.2.2. Análisis de variación en la percepción de recuperación para el primer y el último momento.** Esta sección presenta los resultados de la información capturada a través del instrumento de percepción de recuperación (seguimiento), basados en la medición de la variación de la percepción de la recuperación en la primera y la última medición<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Esta variación de la percepción indica si entre la primera vez que se midió la percepción de la atención y la última existió un aumento o reducción de la percepción. Valores positivos indican un mejoramiento en la percepción de recuperación, valores negativos indican una reducción en la percepción de recuperación. Este índice se lee en términos porcentuales, e indica que tanto aumentó o disminuyó la percepción de recuperación en el tercer momento frente al primer momento.



**Tabla 5.** Estadísticas descriptivas del análisis de variación de la percepción de recuperación.

Modalidad	Promedio	Mediana	Desviación	Número de planes	Mínimo	Máximo
<b>Comunitario</b>	47%	0%	120%	2.838	-90%	900%
<b>Familiar</b>	123%	41%	217%	29.359	-90%	900%
<b>Individual</b>	144%	41%	246%	26.954	-90%	900%

*Fuente:* Equipo investigador. Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018

En la tabla 5 se observa que, la modalidad donde la variación de la percepción de recuperación presenta menor aumento a medida que avanza el proceso de atención es en la modalidad comunitaria, mientras que el crecimiento de la modalidad familiar e individual es mayor. Los promedios de variación para cada modalidad oscilan entre 47% y 144%. La desviación estándar nos permite ver que los datos son más homogéneos para la modalidad comunitaria que para las otras dos, lo anterior se debe a que el valor de la desviación es de 120% mientras que para las otras dos modalidades el valor fue de 217% y 246%, respectivamente.

Una vez se analiza la variación de los puntajes de percepción de recuperación en las tres valoraciones, por año, para las modalidades comunitaria e individual se presentó un aumento del índice entre el 2017 y 2018. Dichos aumentos fueron mayores para la modalidad Comunitaria. La modalidad familiar evidencia un mejoramiento constante en la percepción de recuperación a través de las atenciones entre los dos años.

Al realizar el análisis por departamento, se obtuvo que en promedio el departamento donde las víctimas aumentan de manera más significativa la variación de la percepción de recuperación, a través de las atenciones, son: Tolima, Meta y Atlántico; mientras que los departamentos que tienen en promedio menores puntuaciones de la variación de la percepción de recuperación son: Guaviare, Guainía y Norte de Santander.

Al comparar la variación de la percepción de recuperación según el hecho victimizante y la modalidad. Para el caso de la atención familiar la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados presenta un mayor aumento en la percepción de recuperación a medida que avanza el proceso, mientras que la tortura y actos terroristas puntúan más bajo. En el caso de la atención individual el hecho victimizante que tiene mayor puntaje en la variación de la percepción de recuperación es la tortura, mientras que el más bajo lo tuvo el



abandono o despojo forzado de tierras. Para la modalidad comunitaria se presenta el que el hecho victimizante que tiene mayor puntaje, en cuanto a este análisis, es Minas antipersona, mientras que el puntaje más bajo se encuentra en la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados. (Ver Anexo 1, gráfico 23)

Cuando se compara la variación de la percepción de recuperación según el hecho victimizante y la modalidad. Para el caso de la atención familiar la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados presenta un mayor aumento en la percepción de recuperación a medida que avanza el proceso, mientras que la tortura y actos terroristas puntúan más bajo. En el caso de la atención individual el hecho victimizante que tiene mayor puntaje en la variación de la percepción de recuperación es la tortura, mientras que el más bajo lo tuvo el abandono o despojo forzado de tierras. Para la modalidad comunitaria se presenta el que el hecho victimizante que tiene mayor puntaje, en cuanto a este análisis, es Minas antipersona, mientras que el puntaje más bajo se encuentra en la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados (Ver Anexo 1, gráfico 23).

Se observa en la modalidad comunitaria el *nivel*, con mayor aumento de la percepción de recuperación, es Reconstrucción de memorias (92%) mientras que la técnica grupal de niñas y niños no evidenció mejoramiento en la percepción. En la atención individual el nivel de atención con mayor variación de la percepción de recuperación es Atención terapéutica con 185%, mientras que, en la atención familiar, el mismo nivel de atención psicosocial tuvo un aumento de la percepción en un 130%. (Ver Anexo 1, gráfico 24)

La variación de la percepción de recuperación se midió por *tema* abordado en el proceso de atención psicosocial. Para la modalidad familiar se tiene que el tema que evidenció una mayor variación de la percepción de recuperación a medida que avanza el proceso fue: Mejoramiento de comunicación intrafamiliar; en el caso de la modalidad comunitaria el tema fue: Reconocer experiencias sobre afrontamiento del conflicto armado. (Ver Anexo 1, gráfico 25)

En la modalidad individual se encontró el tema que tuvo un mayor aumento en la percepción de recuperación a medida que avanza el proceso fue: Atención individual frente a la actualización de la experiencia de tortura con 0,85. (Ver Anexo 1, gráfico 26)

Al analizar la variación de la percepción de recuperación de acuerdo con el *resumen alcance*, se tiene que, para la modalidad comunitaria, la mayor puntuación la tuvo la categoría:



Reconocimiento y adopción de acciones de protección y el más bajo Principalmente nuevos sentidos y formas de enfrentar la experiencia de violencia 0,01. Para la modalidad familiar, la variación de la percepción de recuperación más alta la tuvo el tema: Capacidad de la familia para darle nuevo sentido a la experiencia de los hechos de violencia con 0,65 y el más bajo cuando no se apreciaban cambios relevantes. (Ver Anexo 1, gráfico 27)

**5.2.3. Valoración de la Rehabilitación Psicosocial.** Papsivi en el componente psicosocial, recolecta una serie de datos al final de las atenciones (en la última sesión), a través de cinco preguntas, que dan cuenta de la *Valoración de la Rehabilitación Psicosocial*<sup>36</sup>.

Para la modalidad comunitaria la mayoría de las valoraciones indican que la atención les ayudó *mucho* en la recuperación, es por esto que, al menos en cada una de las preguntas, el 75% respondió con la categoría más alta. En la atención en la modalidad familiar (Ver Anexo 1, gráfico 28), se observa el mismo comportamiento de la modalidad comunitaria respecto a la valoración de cada pregunta, la mayoría de las valoraciones indican que la atención les ayudó *mucho* en la recuperación. Ahora bien, a diferencia de la modalidad comunitaria, se presenta que hay una mayor frecuencia en la categoría *moderadamente*. En promedio, para el año 2017, el 75% de las familias que accedieron al proceso, valoraron que la atención psicosocial les ayudó mucho en su proceso de recuperación. Para el año 2018, el 78% de las familias valoraron que la atención les ayudó *mucho*.

La valoración del índice de rehabilitación psicosocial es directamente proporcional al número de atenciones, así entre más atención mayor valoración.

Para la modalidad individual (Ver Anexo 1, gráfico 30), se observa el mismo comportamiento de la modalidad familiar y comunitaria, respecto a la valoración a las preguntas planteadas en el instrumento, la mayoría de las calificaciones indican que el proceso de atención psicosocial les ayudó *mucho*. En promedio, para el año 2017, el 75% de las personas que

<sup>36</sup> El instrumento contiene en una serie de 5 frases, que describen las diversas categorías de los objetivos propuestos para la atención psicosocial, a las que se responde en términos de: “QUÉ TANTO CONSIDERA QUE LE AYUDÓ LA ATENCIÓN para ... (frase que describe una situación de logro) ... teniendo en cuenta cómo se sentía en el primer encuentro y cómo se siente ahora al finalizar las sesiones. Calificándola de 1 a 3, en donde 1 refiere a que la atención POCO le ayudó, el 2, indica que la atención le ayudó MODERADAMENTE y el 3 que considera que la atención le ayudó MUCHO” que posteriormente son transformarlas a una escala de 1 a 10



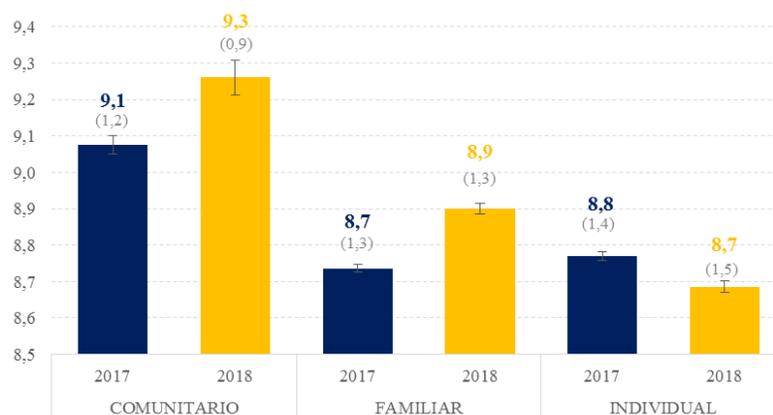
accedieron al proceso valoraron que la atención psicosocial les ayudó *mucho* en su proceso de recuperación. Para el año 2018, el 73% de las personas valoraron que la atención les ayudó *mucho*.

En el gráfico 41, se indica el promedio del puntaje recibido por las víctimas, en una transformación para la escala de 1 a 10, en las cinco preguntas y en las tres modalidades, al momento del cierre de la atención psicosocial.

Para la modalidad comunitaria, en 2017 el promedio fue de 9,08, mientras que en 2018 el puntaje de las preguntas tuvo en un promedio de 9,26. En cuanto a la modalidad familiar, el promedio durante el periodo de referencia, para las cinco preguntas fue de 8,73 en 2017 y 8,94 en 2018. Y para la modalidad individual, se observa un comportamiento similar a la modalidad anterior, indicando un puntaje promedio para las 5 preguntas de 8,78 en 2017 y 8,69 en 2018.

A través de estos resultados, se podría inferir que las personas víctimas atendidas a través del componente psicosocial mostraron una rehabilitación alta, demostrando un alto nivel de cumplimiento de los objetivos que se plantean al inicio de las atenciones.

**Gráfico 41.** Promedio de la valoración de rehabilitación psicosocial por modalidad en los años 2017 y 2018.



Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018. \* Datos entre paréntesis, corresponden a las desviaciones estándar.

La tabla 6 contienen las estadísticas descriptivas del índice de rehabilitación psicosocial incluyendo los datos de 2017 y 2018.



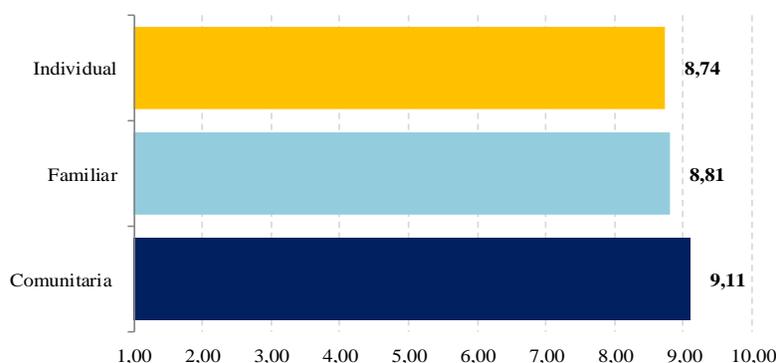
**Tabla 6.** Estadísticas descriptivas del índice de rehabilitación psicosocial promedio 2017 y 2018

Modalidad	Promedio	Mediana	Desviación	Número de planes	Mínimo	Máximo
Comunitario	9,11	10	1,21	2.838	2,50	10,00
Familiar	8,81	9,1	1,37	29.360	1,00	10,00
Individual	8,74	9,1	1,47	26.954	1,00	10,00

Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018

Se identifica que la modalidad comunitaria tiene en promedio puntuaciones más altas que las otras dos modalidades. Para el caso de la modalidad comunitaria el promedio del *índice de rehabilitación psicosocial* fue de 9,11, mientras que para la modalidad familiar e individual el valor fue 8,81 y 8,74, respectivamente. La desviación estándar el índice de rehabilitación psicosocial para la modalidad comunitaria es ligeramente menor que la desviación para las otras dos modalidades. (Gráfico 42)

**Gráfico 42.** Promedios índices de rehabilitación por modalidad entre 2017 - 2018



Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi- Resultados de los índices a 31 de diciembre de 2018

Por otro lado, al analizar el *índice de rehabilitación psicosocial* por año, se presenta que, para las modalidades comunitaria e individual, se generó una ligera disminución del índice entre el año 2017 y 2018. Para la modalidad familiar se observa un pequeño aumento en el valor del índice entre los dos años para las modalidades familiar y comunitario (Ver Anexo 1, gráfico 31).

Al agregar el *índice de rehabilitación psicosocial* de acuerdo con el número de sesiones de atención. En términos generales, se observa que, a mayor cantidad de atenciones, en promedio



el índice de rehabilitación psicosocial puntúa mayor para las 3 modalidades. Existe algunos casos en donde en las modalidades familiar e individual el índice alcanza el máximo en la sesión 10 y empieza a decrecer. Ahora bien, en donde se presenta un gran número de atenciones se cuenta con muy poca información, por tanto, el error de estimación es grande (Ver Anexo 1, gráfico 32).

Analizando *índice de rehabilitación psicosocial* por departamento, se tiene que en promedio el departamento con mejores puntuaciones es Tolima, seguido por Cundinamarca y Atlántico; ahora bien, los departamentos que tienen en promedio menores puntuaciones del índice de rehabilitación psicosocial son: Putumayo, Bogotá y Boyacá. (Gráfico 43)

Se tiene que la comparación del *índice de rehabilitación psicosocial* según el hecho victimizante, indica que, en la modalidad comunitaria, la pérdida de bienes muebles e inmuebles junto con el despojo forzado de tierras, tienen el mayor puntaje del índice (9,24 y 9,26), mientras que los delitos contra la libertad y la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados puntúan más bajo.

En el caso de la atención familiar el hecho victimizante que tiene mayor puntaje es el despojo forzado de tierras (9,30), mientras que los puntajes más bajos se encuentran la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados (8,56).

En el caso de la modalidad individual se presenta que los hechos victimizantes de secuestro y tortura son los de mayor puntaje (9,22 y 9,16), y al igual que en las anteriores modalidades, la vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados es el hecho victimizante en el que índice tiene menor puntuación (7,11). (Ver Anexo 1, gráfico 33)

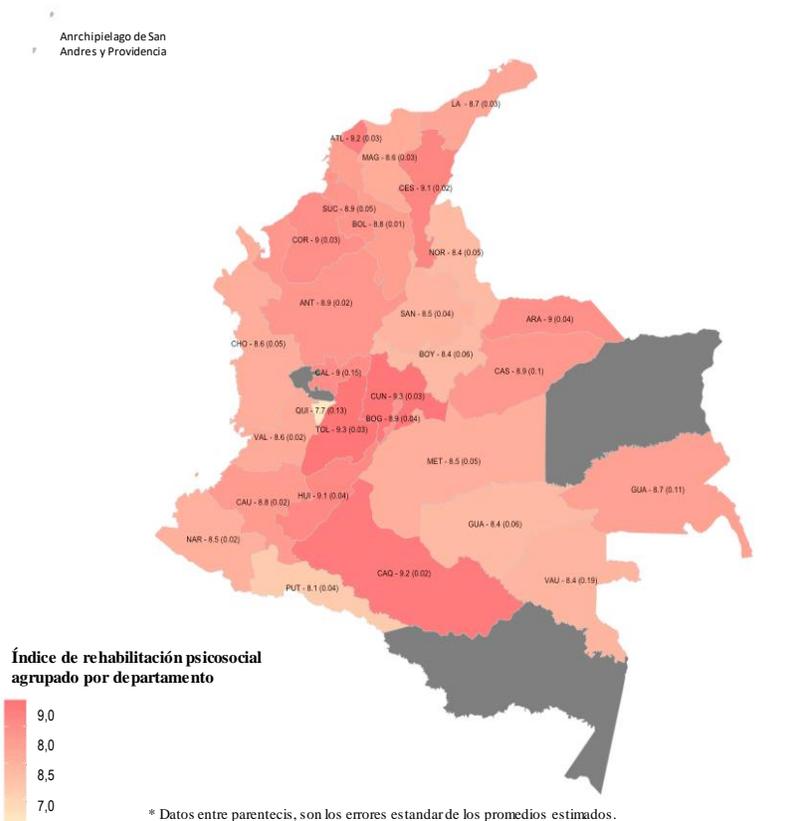
También se analizó el índice por *nivel de atención*. Así, por ejemplo, en la modalidad comunitaria el nivel que presenta un mayor índice de rehabilitación psicosocial es: Técnica grupal niños y niñas con 9,76. Para la modalidad individual es Consejería y apoyo con 8,84 y para la modalidad familiar es atención terapéutica con 8,84, respectivamente. (Ver Anexo 1, gráfico 34)

Según el *tema* abordado en el proceso de atención psicosocial respecto al *índice de rehabilitación psicosocial*, se encontró que la mayor puntuación en la modalidad comunitaria frente al índice de rehabilitación psicosocial la tiene Reconocimiento de los adolescentes y sus capacidades en la construcción de memoria con 10. El tema que tienen mayor puntuación en la modalidad familiar es Construcción de nuevas narrativas en torno al significado de familia en el marco del reclutamiento ilícito y Atención familiar frente a la experiencia de la tortura con 9,33



y 9,30, respectivamente. En la modalidad individual, el tema que tiene mayor puntuación es: Atención a Niños Niñas Adolescentes y Jóvenes víctimas de reclutamiento ilícito en el momento de estabilización con 9,40. (Ver Anexo 1, gráfico 35)

**Gráfico 43.** Índice de rehabilitación psicosocial agrupado por modalidades, por departamento en los años 2017 y 2018



Fuente: Equipo investigador MSPS – SISPRO: Papsivi. Resultado índice a 31 de diciembre de 2018

Ahora bien, el puntaje más alto, según motivo cierre, para las tres modalidades, fue por *alcance de las metas propuestas* (Ver Anexo 1, gráfico 37). Lo que demuestra una vez más, el grado de cumplimiento de los objetivos de la atención psicosocial de Papsivi, de acuerdo con los formulado al inicio de la intervención.

En el caso de la comparación del *índice de rehabilitación psicosocial* según el *alcance de las metas propuestas*, se encontró que la categoría que alcanzo una mayor puntuación, en la modalidad comunitaria, fue la de *nuevos sentidos y formas de enfrentar la experiencia de*



*violencia* con el 9,91; en el caso de atención familiar la categoría con mayor puntuación fue: *Se aprecia organización y funcionamiento eficaz y capacidad para enfrentar situaciones tensión y problemas* con 8,99; finalmente, para el caso de la atención individual, el *alcance de las metas propuestas* con mayor puntuación fue: expresiones de bienestar, satisfacción con restauración en roles y actividades. (Ver Anexo 1, gráfico 38)

**5.2.4. Análisis de las relaciones entre el índice de percepción de recuperación y rehabilitación psicosocial.** Posterior al análisis de cada uno de los índices, se exploró su relación a nivel departamental, para ello se tomó el resultado del índice de percepción de recuperación en el momento 3 y el promedio del índice de rehabilitación (que se toma al finalizar la atención psicosocial). (gráfico 44)

En términos generales se observa que el *índice de percepción de recuperación y rehabilitación psicosocial* tienen una relación positiva, eso significa que a mayor percepción de recuperación mayor valoración de la rehabilitación psicosocial para las tres modalidades. Las líneas rojas punteadas representan los promedios generales de los índices y la línea azul representa la tendencia de los índices, así, se puede observar que mientras en la modalidad individual y familiar la mayoría de los departamentos se concentran en el promedio nacional, también tienen mayor tendencia a alcanzar unas valoraciones más altas. En el caso de la modalidad comunitaria, se observa una mayor dispersión respecto al promedio nacional y una menor pendiente respecto a la tendencia de valoración.

Con el gráfico, se identifica que, en la modalidad individual, los departamentos de Atlántico, Córdoba, Antioquia, Arauca y Vaupés muestran los mejores resultados, con altos índices de percepción y de rehabilitación, mientras que Guaviare, Putumayo y Casanare presentan los menores resultados.

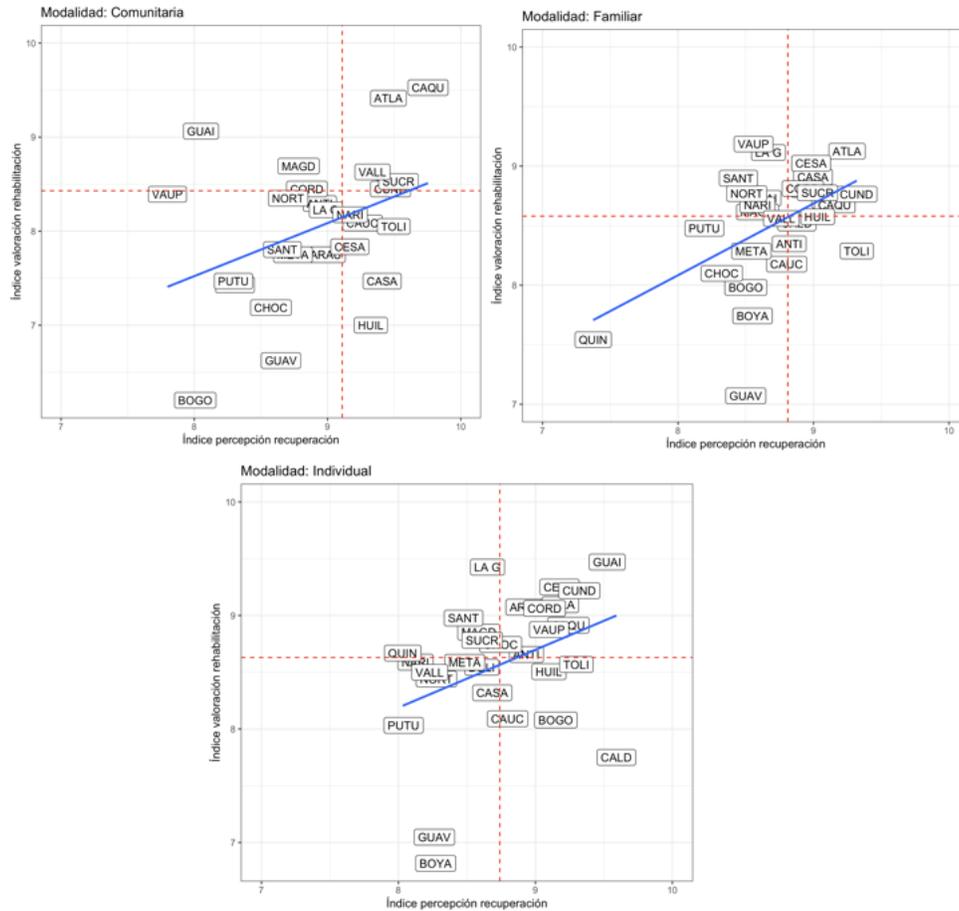
En cuanto a la modalidad familiar, los departamentos muestran una concentración en los resultados de los índices, ubicándose cerca de 9, a excepción del departamento de Vaupés, que muestra estar muy lejos de la media, indicando altos resultados en los índices de percepción y bajos en los de rehabilitación.

La modalidad comunitaria, presenta mayor dispersión en comparación con los anteriores resultados, Vaupés al igual en la modalidad familiar, es el departamento con menores índices en



la rehabilitación y altos en la percepción. Es de resaltar que Bogotá, en esta modalidad indica muy bajos índices en comparación del resto de Colombia.

**Gráfico 44.** Relación entre los índices de rehabilitación y de percepción por departamento y por modalidad



Fuente: Equipo técnico MSPS – SISPRO: Aplicativo Papsivi- Resultados índices a 31 de diciembre de 2018

En conclusión, los departamentos de Atlántico, Caquetá, Tolima y Cundinamarca presentan la mayor correlación positiva entre los índices de percepción y de rehabilitación, especialmente en la modalidad comunitaria. Estos son los departamentos con mayor residencia de las víctimas plenamente identificadas, y en donde el componente de atención psicosocial ha atendido mayor número de personas, respecto del resto de entidades territoriales.



**5.2.5. Análisis del Motivo de Cierre.** Al comparar los resultados entre el *motivo cierre* y el tipo de hecho victimizante, se encontró que el mayor porcentaje de cierre, superior al 98%, se generó por *alcance de metas propuestas*, es decir que, en cuanto a las metas de recuperación emocional el 98% de las atenciones psicosociales cumplen el objetivo, según lo acordado entre la víctima y el profesional que la atiende.

La valoración de la rehabilitación que hacen los profesionales que acompañan el desarrollo del proceso de atención, muestra resultados positivos e incrementos entre 2017 y 2018.

La distribución del *motivo de cierre* de acuerdo con el sexo de la persona atendida en la modalidad individual es muy similar entre hombres y mujeres, 99% y 97%, respectivamente. Sin embargo, las personas con sexo intersexual presentan que el un 75% de cierre con cumplimiento de metas, lo que muestra que el 25% abandona el proceso.

Al comparar de las distribuciones por *motivo de cierre* según la etnia, en términos generales, la distribución para todas las etnias es muy similar, por ejemplo, para los Rrom, el 91,49% *alcanzaron las metas propuestas* y el 6,38% no continuaron con el proceso, pues existieron dificultades para el acceso y continuidad en atención.

Los objetivos planeados por las víctimas y los profesionales que brindan la atención psicosocial se cumplen mayoritariamente.

## 6. Hallazgos Evaluación de Resultados

En esta sección se presentan los hallazgos obtenidos de la evaluación de resultados, dando respuesta a la pregunta orientadora: ¿Cuál ha sido el aporte del Papsivi en la recuperación emocional y la rehabilitación física y/o mental de la población víctima del conflicto armado atendida?

Luego de realizar el análisis de los elementos operacionales e institucionales, se identifica que el Papsivi responde a las medidas de asistencia (derecho a la salud) y reparación (rehabilitación), según lo establecido por la Ley 1448 de 2011 (artículo 137) y el Decreto 4800 de 2011 (artículo 164), a través actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias orientadas a garantizar asistencia en salud y rehabilitación física, mental y/o psicosocial de las víctimas del conflicto armado.



Por su parte, la participación de las víctimas y otros actores en el diseño del Papsivi, permitieron generar lineamientos para dar respuesta a las necesidades identificadas en los aspectos de la salud física, mental y/o psicosocial, a través de dos componentes (psicosocial y salud integral) y cuatro estrategias transversales (talento humano, participación de víctimas, coordinación nación-territorio y seguimiento y monitoreo), así como la arquitectura institucional y los escenarios de articulación y coordinación, tanto en el nivel nacional como territorial para la implementación del Programa.

En el análisis del sociograma se evidencia que la articulación del proceso de implementación de Papsivi se centra en el MSPS, las Secretarías departamentales y distritales de salud, junto con el Subcomité de Medidas de Rehabilitación. Asimismo, se resaltan los retos en su implementación, asociados a las barreras geográficas y relacionadas con la alta dispersión poblacional, la falta de medios de transporte, el alto índice de ruralidad y la baja densidad poblacional en las zonas más apartadas del País.

### **6.1. Componente de atención integral en salud del Papsivi.**

Tomando como referencia el análisis de los elementos operacionales e institucionales, frente a la implementación del componente de salud integral, se identifican las orientaciones técnicas que deben desarrollar los actores del SGSSS a través del *Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial*, el cual no cuenta con un acto administrativo que regule su desarrollo y seguimiento, dificultando las mediciones y monitoreo del acceso que tienen las víctimas a los procesos de rehabilitación en salud física y mental en el marco del Papsivi.

En lógica con la estructura del SGSSS y la garantía de la medida de asistencia, definida en la Ley 1448 de 2011, el principal indicador para el acceso a las medidas de rehabilitación se materializa a través del *aseguramiento*. Así, en el año 2014, el indicador se encontraba en un 74,3% y al finalizar el año 2018 la afiliación ascendió a 92,6%, representando un incremento de la cobertura en salud para víctimas del 24,6%; es decir, en un periodo de 5 años se logró afiliar 3,3 millones personas víctimas al SGSSS. El resultado del indicador de aseguramiento evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de afiliación de las personas víctimas al



SGSSS, buscando disminuir los 2,6 puntos porcentuales de diferencia entre las víctimas incluidas en el RUV y la población general, así como la garantía universal del derecho a la salud.

Respecto al régimen de aseguramiento se identificó la mayoría de las personas víctimas se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado (70,5% población RUV y 82,1% personas víctimas con atención psicosocial). Así, a diciembre de 2018, la financiación de la UPC registra un total de \$21,9 billones de pesos (base 2018) durante el periodo de análisis dirigido al total de víctimas registradas en el sistema y plenamente identificadas, lo cual se acerca en 2018 a 8 millones de personas (en SISPRO). De esta cifra, el 1,2% (\$256 mm), fue el costo total estimado para la afiliación al Sistema de Salud de las personas atendidas en el componente psicosocial y los \$21,6 Billones pesos restantes (98,8%), el valor estimado para garantizar que las personas incluidas en el RUV sin acceso al proceso de atención psicosocial.

Por otra parte, se identificó una relación positiva entre las personas que acceden al proceso de atención psicosocial y el indicador de aseguramiento, lo cual puede estar relacionado con las orientaciones que tiene el componente psicosocial frente a la derivación de los servicios de salud y eliminación de las barreras de acceso. Dicha relación se constata a través de la encuesta aplicada, donde se identificó que el 47% de las víctimas manifestaron demandar servicios en salud por sugerencia de los profesionales psicosociales del Papsivi, así como en los indicadores de aseguramiento, donde las personas víctimas que accedieron al proceso psicosocial, para el año 2018, presentan 2,2 puntos porcentuales por encima en cobertura de aseguramiento de las víctimas incluidas en el RUV. Adicionalmente, se encontró que la cobertura de las víctimas atendidas por el componente psicosocial supera, levemente, el nivel nacional, el cual cerró en 94,7% para la vigencia 2018.

Frente a la frecuencia de uso<sup>37</sup>, entendida como una medida del acceso real de los individuos a los servicios de salud, se evidencia que la población con atención psicosocial Papsivi presenta frecuencias de uso similares a la de la población general del SGSSS. Por su parte, muestra que la población incluida en el RUV sin acceso al componente psicosocial del Papsivi tiene las

---

<sup>37</sup> Se mide a través del número de afiliados que efectivamente accedieron al menos a un servicio de salud en un periodo determinado. Para el cálculo de este indicador, la información poblacional se basó en las proyecciones del DANE (las cuales se utilizan tradicionalmente en el sector salud para el cálculo de coberturas) para el total de población colombiana y, junto con la información RIPS dispuesta en el cubo, se calculó la frecuencia de uso en el SGSSS; para las poblaciones RUV y para víctimas con procesos de atención psicosocial –Papsivi, se utilizaron los registros administrativos dispuestos en los cubos SISPRO.



frecuencias de uso más bajas durante los años 2014-2018, entre los grupos de referencia. Lo anterior permite inferir que, el acceso al proceso de atención psicosocial fortalece el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud en el marco del SGSSS. Esto se traduce en que, la población con atención psicosocial Papsivi que accede a los servicios de salud, recibe alrededor de 10 servicios al año, mientras que la población general tiene un cociente de 14,7 y 7 en la población incluida en el RUV sin atención psicosocial (año 2018).

Respecto a la demanda de servicios de salud mental, en términos generales, se identifica que las personas víctimas con acceso al proceso de atención psicosocial, mantienen una tendencia de uso parecida a la que presenta la población general. Por otra parte, se identificó que al siguiente año de recibir la atención psicosocial del Papsivi, las víctimas requieren 24% menos atenciones relacionadas con trastornos de salud mental y de comportamiento que las víctimas que no la han recibido y 32% menos que la población general, mostrando que las víctimas con atención psicosocial presentan una menor morbilidad atendida en estas patologías.

Por otro lado, al analizar los resultados de la encuesta se identifica que el 30% de los encuestados (personas víctimas con acceso al proceso de atención psicosocial) afirmaron haber sido consultados sobre su atención en el marco del *Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial*. Al profundizar sobre la prestación de los servicios en salud, sobre dicho porcentaje (30%), se identificó que el 91% se sentía satisfecho, gracias al acompañamiento de los profesionales de salud (equipo multidisciplinario), a que se les permitió exteriorizar sus emociones, hablar de sus afectaciones por los hechos victimizantes y a que se sintieron valorados con cada una de las actividades que se realizaron con los profesionales en su recuperación. Así mismo, el 93% de las personas víctimas que recibieron atención en el marco del *Protocolo* señalaron que la atención con enfoque diferencial les ayudó en su proceso de recuperación.

Los resultados encontrados en el análisis documental, las entrevistas y la encuesta, muestran una baja implementación del componente de salud integral (*Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial*) en el territorio nacional, lo cual no permite incorporar el enfoque psicosocial y diferencial, mejorar la oportunidad en la prestación de servicios en salud, la formulación de los planes de salud, su seguimiento y la articulación con el componente psicosocial, buscando así la integralidad de las medidas de rehabilitación física, mental y psicosocial.



## 6.2. Componente de atención psicosocial Papsivi.

El análisis de los elementos operacionales e institucionales permitió identificar que la implementación del *componente psicosocial* del Papsivi se realiza por fuera del Plan de Beneficios, atendiendo la fuente de financiación que estableció la Ley 1448 de 2011 y demás fuentes gestionadas por parte del MSPS. Este componente se encuentra definido a través de la *Estrategia de Atención* y contempla la modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica.

Respecto a la cobertura alcanzada por el componente psicosocial, a diciembre de 2018, se identificaron 626.594 personas víctimas únicas<sup>38</sup>, lo cual representa el 21% de la meta estipulada en el CONPES 3726 de 2012. Al comparar dicha cifra con el total de víctimas plenamente reconocidas (7,8 millones), el porcentaje de cobertura llegaría al 5,9%. Al analizar la cobertura territorial de acuerdo con el RUV se identifica que ha tenido mayor concentración en los Departamentos de Nariño, Valle del Cauca y Córdoba, con porcentajes de atendidos de 15,8%, 15,7% y 15,6%. Lo anterior concuerda con lo establecido en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, el cual ordena la implementación de Papsivi en entidades territoriales con mayor presencia de víctimas<sup>39</sup>. A su vez, se identifica que el MSPS estableció criterios para priorizar municipios en articulación con otros programas y/o políticas (PDET, ZOMAC) y un énfasis en la operación del proceso en los centros urbanos.

Frente a los recursos invertidos en la implementación del componente psicosocial, se identificó que entre 2013 y 2018 el financiamiento ascendió a 142 mm (base 2018), de los cuales el 55,9% de los recursos provenían de ADRES, un 17,8% de proyectos de inversión del presupuesto del MSPS y un 26,3% con recursos de concurrencia de las Entidades Territoriales. Así mismo, se identificó una reducción de los costos unitarios entre 2013 y 2018, pasando de \$641.895 a \$200.000, aproximadamente; dentro de estos costos el talento humano representa el 73% del total.

---

<sup>38</sup> Las personas únicas identificadas pudieron haber pasado por la atención en diferentes modalidades en una o diferentes vigencias.

<sup>39</sup> Antioquia es el departamento con mayor número de víctimas en RUV (alrededor de 1 millón de personas) y la cobertura de atención psicosocial de Papsivi alcanzó el 4,0% a diciembre de 2018.



Se analizaron las rutas de acceso que tienen las personas víctimas para acceder al componente psicosocial, identificando que el 65% accede a través de promotor psicosocial, el 28% por la Unidad para las Víctimas, el 11% por la Mesa de Víctimas y un 9% por un líder de víctimas, proceso que se genera por búsqueda activa y se enmarca en el protocolo para la focalización y contactabilidad de las víctimas; lo anterior demuestra la importancia del rol que desempeña el promotor psicosocial (víctima del conflicto) en el componente psicosocial.

Al analizar la información respecto a la atención psicosocial por modalidades, se encontró que el 44% las personas accedieron a la modalidad familiar, el 28,6% a la individual y 27,3% en la comunitaria. Respecto a la modalidad de atención colectiva, definidas en los decretos 4634 y 4635 de 2011, se identificó que el MSPS cuenta con los lineamientos técnicos para la atención a las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP) e implementó dicho proceso en la comunidad Guacoque (Departamento del Cesar) y para los pueblos Rrom.

En cuanto al seguimiento y monitoreo del proceso de atención psicosocial, el MSPS diseñó e implementó una estrategia para la mejora de la calidad, la cual involucra las acciones de formación y cuidado del talento humano, el acompañamiento técnico y el monitoreo de la atención a través de instrumentos de seguimiento y valoración, así como unos criterios de cierre aplicados por parte del profesional los cuales se registran en el aplicativo web.

Respecto a la atención psicosocial, se identificó que las personas víctimas al inicio del proceso sintieron la sensación de bienestar por compartir con otras personas sus experiencias y sus emociones, así mismo, el 92% de las personas encuestadas indicaron que el Papsivi les ayudaría a sentirse mejor. Así, al contrastar la información con los resultados del índice de *percepción de recuperación*, se identificó que al avanzar el proceso las personas víctimas sentían un avance en su recuperación, con tendencia creciente para todas las modalidades, de la primera a la tercera valoración. El mayor cambio se da en la modalidad individual, pues de la sesión uno a la tres, el puntaje promedio aumento en 2,86 puntos porcentuales.

Por su parte, en el índice de *valoración de la rehabilitación*, se encontró que el programa de atención psicosocial es eficaz en su aporte a la recuperación emocional, pues es valorado en cualquiera de sus modalidades en más de 9,0, lo cual, al contrastarlo con los resultados de la encuesta, se identificó que el 92% de las personas víctimas consideran bueno o muy bueno el proceso de atención psicosocial familiar, para individual 93% y el comunitario el 88%.



Al analizar el *motivo de cierre*, criterio definido por el profesional que brindó la atención psicosocial, se identificó que para la modalidad comunitaria el 99.51% *alcanzó las metas propuestas*, en la familiar fue 97.38% y en la individual fue 97.81%. Al contrastar dichos resultados con los efectos de la atención psicosocial, se identificó que el 95% de las personas víctimas encuestadas refirieron querer volver a compartir con sus seres queridos, el 95% iniciar, continuar o construir un nuevo proyecto de vida y 93% lograr sus metas (principalmente).

Adicionalmente, al indagar por el aporte del proceso en la recuperación emocional y la rehabilitación física y/o mental, encontrando que las víctimas atendidas valoraron positivamente el acompañamiento en la recuperación mental y emocional, por la generación de confianza, de vínculos y por la generación de motivación para búsqueda de la unión familiar. Así mismo refirieron encontrar espacios de acompañamiento y convivencia con otras personas, superación de miedos y superación personal, así como la motivación para participar como líder comunitario y en temas políticos con el propósito de apoyar otras personas y expresar sus ideas.

Respecto a la expresión de las emociones y cambio en las conductas, se indagó si luego de participar en el proceso de atención psicosocial notaron cambios emocionales en al menos una persona de la familia o de la comunidad, encontrando que 80% de las personas encuestadas respondió afirmativamente en la percepción de cambios emocionales y el 72% indicó distinguir cambios en la conducta.

Finalmente, al indagar por la valoración del trato otorgado por el profesional psicosocial se encontró que, el 95% señaló una calificación buena y muy buena por el trato y respeto frente a las narraciones realizadas (97% en modalidad comunitaria, 99% en la familiar y 93% en la individual) y gracias a su continuo acompañamiento para informarle acerca de los pasos a seguir en las sesiones y sobre sus responsabilidades.

## 7.Recomendaciones

Las recomendaciones surgen a partir de los análisis realizados en el proceso de evaluación, particularmente, en el capítulo de resultados. Se presentan en el marco del “Plan de Transferencia e Implementación de Recomendaciones - PTIR”. Este plan tiene como objetivo principal dar a conocer a los actores que intervienen en la implementación de Papsivi.

Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
<p>Ministerio de Salud y Protección Social</p>	<p>Gestionar el acto administrativo que adopte el Papsivi, sus componentes y demás elementos que garanticen la implementación del programa por parte de todos los actores del SGSSS.</p>	<p>Adoptar el acto administrativo y definir un periodo para que todos los actores del SGSSS garanticen la implementación del Papsivi.</p> <p>Establecer un plan de asistencia técnica a todos los actores del SGSSS para garantizar la adopción el proceso en el tiempo establecido según el acto administrativo.</p> <p>Desarrollar una estrategia que permita la articulación de las acciones para la adopción e implementación del Papsivi con las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud en términos de la Inspección Vigilancia y Control.</p>	<p>Desarrollar el seguimiento y evaluación del proceso de implementación del Papsivi, el impacto que puede tener en la recuperación de las personas víctimas y su contribución a la Paz.</p> <p>Identificar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que cada uno de los actores tiene en el proceso de implementación del Papsivi, a través del Plan de asistencia técnica.</p> <p>Gestionar el cumplimiento de las competencias asignadas en el acto administrativo por parte de cada uno de los actores del SGSSS, según las acciones contempladas en la estrategia.</p>
	<p>Fortalecer el Sistema de Seguimiento y Monitoreo del Papsivi.</p>	<p>Diseñar un instrumento de seguimiento y monitoreo que le permita a los diferentes actores que intervienen en el proceso de</p>	<p>Definir los indicadores de seguimiento y monitoreo del <i>Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial</i></p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
		<p>implementación del <i>Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial</i> hacer seguimiento y registro de la atención en salud a las personas víctimas, según las indicaciones de este.</p> <p>Fortalecer los instrumentos e indicadores de seguimiento, valoración y cierre del proceso de atención psicosocial, buscando mejora en el diseño, aplicación, registro y análisis.</p> <p>Realizar ajuste en la programación del aplicativo Papsivi con el propósito de mejorar el registro, los reportes y la calidad de la información que almacena.</p>	<p>en la bodega SISPRO con el propósito de contar con un sistema de seguimiento robusto que permita analizar la situación en salud de la población víctima que accede al SGSSS.</p> <p>Ajustar el aplicativo Papsivi en coherencia con las modificaciones de los instrumentos e indicadores de seguimiento, valoración y cierre del proceso de atención psicosocial</p> <p>Trasladar la administración del Aplicativo Papsivi a la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación del MSPS, buscando estabilizar el proceso y mayor interoperatividad con las demás fuentes de información de la bodega de datos SISPRO.</p>
	<p>Fortalecer la articulación del Papsivi con las demás políticas del SGSSS.</p>	<p>Gestionar la adopción del capítulo diferencial del PDSP con el propósito garantizar la incorporación de variables</p>	<p>Fortalecer acciones diferenciales por parte de las EPS-IPS en el análisis de riesgo de la población víctima del conflicto armado, sus implicaciones administrativas y financieras,</p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
		<p>diferenciales en el ASIS y demás instrumentos de salud pública.</p> <p>Diseñar una estrategia para fortalecer los indicadores de aseguramiento de la población víctima del conflicto armado con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Establecer un plan de análisis técnico, financiero y normativo para mirar la pertinencia de incorporación la atención psicosocial en el Plan de Beneficios como opción estructural para superar los hallazgos relacionados con cobertura y financiamiento.</p> <p>Fortalecer la articulación entre en componente de atención psicosocial del Papsivi con la Política de Salud Mental, el</p>	<p>así como el análisis y seguimiento de la situación en salud de la población asegurada.</p> <p>Mejorar los indicadores de oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud, así como los relacionados con la humanización del servicio, según lo establecido en la estrategia.</p> <p>Establecer las soluciones estructurales que le permitan al MSPS garantizar la cobertura universal de la atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado.</p> <p>Garantizar la atención integral en salud mental en los procesos de promoción, prevención, atención, rehabilitación y</p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
	Avanzar en la implementación de los módulos étnicos del Papsivi.	<p>MAITE y la RIA de Salud Mental con el propósito de garantizar el acceso oportuno a los servicios básicos y complementarios de salud mental.</p> <p>Actualizar y fortalecer con mayores elementos del componente de salud integral los lineamientos técnicos de los módulos NARP y Rrom del Papsivi, lo anterior tomando como referencia los aprendizajes del proceso de implementación en la comunidad de Bojayá (Chocó) y Guacoche (Cesar).</p> <p>Establecer una estrategia que permita la consecución de recursos, la priorización de los colectivos étnicos para la garantía de la medida de rehabilitación colectiva y la coordinación/articulación con la UARIV y las Entidades Territoriales, así como la protocolización de la propuesta técnica ante las instancias de concertación de las comunidades NARP y Rrom.</p>	<p>paliación a las personas víctimas del conflicto armado.</p> <p>Adoptar medidas gubernamentales que permitan garantizar la medida de rehabilitación psicosocial a los colectivos étnicos víctimas del conflicto armado.</p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
	<p>Diseñar una estrategia descentralizada para la formación del talento humano que implementa el Papsivi.</p>	<p>Establecer una estrategia de formación del talento humano que implementa el Papsivi que les permita a los actores involucrados en la educación formal o no formal desarrollar dichos procesos, evitando así la concentración del proceso por parte del MSPS.</p> <p>Establecer herramientas que le permitan el MSPS y demás actores disponer de procesos de formación y/o entrenamiento a través de plataformas web con el objetivo de desconcentrar los procesos de formación contemplados en la etapa de alistamiento del Papsivi.</p>	<p>Garantizar la disponibilidad de talento humano con formación y experiencia en atención a víctimas del conflicto armado en todo el País.</p> <p>Aumentar la cobertura geográfica y población de atención a víctimas, así como oportunidad, calidad y eficacia de la atención psicosocial y en salud integral.</p> <p>Disponer en una plataforma web los contenidos de formación y/o entrenamiento que desarrolla el MSPS en la etapa de alistamiento para que todos los actores que intervienen en el proceso puedan acceder de manera oportuna y eficiente.</p>
	<p>Fortalecer la participación y acceso de las personas víctimas al Papsivi.</p>	<p>Activar la estrategia comunicativa del Papsivi con el propósito que las personas víctimas conozcan el programa, su alcance y las rutas de acceso.</p>	<p>Movilizar diferentes piezas comunicativas para mejorar el acceso al proceso de habilitación de las personas víctimas del conflicto armado, como parte de su reparación.</p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
		<p>Fortalecer la estrategia de formación en deberes y derechos de las personas víctimas para mejorar la capacidad comunitaria y el acceso a los servicios de salud a nivel local.</p> <p>Convocar las Entidades Territoriales (Departamentales y Municipales) para que promuevan y faciliten la participación de las víctimas en los procesos de seguimiento e implementación del Papsivi.</p>	<p>Emporar el ejercicio ciudadano de conocer y ejercer sus deberes y derechos en el marco del SGSSS, fortaleciendo la gobernanza en salud.</p>
	<p>Fortalecer la estrategia de coordinación y articulación del Papsivi.</p>	<p>Desarrollar un análisis sobre la pertinencia y eficiencia de mantener dos ofertas institucionales relacionadas con la atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado con el objeto de regular la oferta institucional, disminuir la duplicidad en la atención y la confusión de las víctimas sobre sus derechos frente a la rehabilitación psicosocial.</p> <p>Establecer un plan de asistencia técnica a las Entidades Territoriales y demás actores</p>	<p>Consolidar y fortalecer una única oferta institucional de atención psicosocial a las víctimas como medida de rehabilitación, mejorando los indicadores, el universo, la implementación territorial y el acceso.</p>



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
		del SGSSS para mejorar la capacidad de respuesta al proceso de alistamiento e implementación del Papsivi.	Garantizar el desarrollo de lineamientos, herramientas e instrumentos para que todos los actores del SGSSS desarrollen capacidad institucional para el óptimo alistamiento e implementación del Papsivi.
	Fortalecer la etapa de alistamiento del Papsivi.	<p>Establecer un plan que permita disminuir los tiempos administrativos para la contratación de los operadores del componente psicosocial del Papsivi, garantizando la continuidad en la prestación del servicio. Lo anterior permitiría disminuir la rotación del talento humano, la carga administrativa y operativa, los procesos de formación y la estabilización del proceso nivel territorial, así como la oportunidad en el acceso a la atención psicosocial por parte de las víctimas.</p> <p>Establecer un instrumento administrativo que agilice el cruce de información entre la Unidad para las Víctimas y las EAPB, permitiendo la identificación de las</p>	



Actor	Recomendación	Corto y Mediano Plazo	Largo Plazo
		<p>víctimas en el acceso a los servicios en salud a través de las IPS. Permitiendo así, oportunidad en la prestación del servicio y la implementación de las indicaciones establecidas en el <i>Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial</i>.</p> <p>Agilizar la implementación de la estrategia de formación del talento humano y la virtualización de los contenidos definidos para la etapa de alistamiento de los dos componentes del Papsivi, permitiendo ampliar la implementación en un menor tiempo.</p>	



## Bibliografía

- Acuerdo Final, 2016. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Bogotá, Colombia.
- ACNUR, 2017. Genocidio de Ruanda: la historia de los hutus y los tutsis. Recuperado el 15 de julio de 2019 de: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/genocidio-de-ruanda-la-historia-de-los-hutus-y-los-tutsis>.
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Medellín, Colombia.
- Aldunate, E. (2008). Marco lógico y Gestión por resultados. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL.
- Anderson, A. (2004). Theory of change as a tool for strategic planning, New York: Aspen Institute.
- Armijo, M. (2005). Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES-CEPAL.
- Bardin, L. (2002). Análisis de contenido. (Traducción, Cesar Suarez). Ediciones Akal. Madrid, España. (Trabajo original publicado en: Presses Universitaires de France, 1977).
- Bello, M. N. (ed.). (2014). Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Benington, J. & Moorem, M. (2011) From Private Choice tu public Value?. Institute of Governance and Public Management. Warwick Business School, The University of Warwick. United Kingdom.
- Blasco, T., Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Nure Investigación, No. 33
- Campo-Arias, A., Sanabria, A., Ospino, A., Guerra, V. & Caamaño, B., 2017. Multiple-victimisation due to armed conflict and emotional distress in the State of Magdalena, Colombia. *revcolombpsiquiat*. 2017; 4 6(3):147–153.
- Canales, M., 2006. Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios. LOM Ediciones. Santiago de Chile.
- Castaño et al., 2018. Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. ISBN 978-958-8674-59-9 ISBN 978-958-8674-60-5. Primera edición, febrero de 2018. © Universidad CES. © Editorial CES
- Centro de Memoria Histórica, 2013. “¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad”. Bogotá. Imprenta nacional.
- CEPAL (1998), El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos, Santiago, CEPAL (Libros de la CEPAL, N° 47)
- Cepeda, A., 2018. Análisis de los factores que influyen en la recuperación psicosocial de las víctimas que acceden al Programa de Atención Psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI). Universidad de la Salle, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Maestría en Estudios y Gestión del Desarrollo.

- Coosmaraswamy, R. (1998), Informe presentado por la Sra. Radhika Coosmaraswamy, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, de conformidad con la resolución 1997/44 de la Comisión 1997/44, E/CN.4/1998/54.
- Conpes 3726 de 2012. Lineamientos, plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismo de seguimiento para el plan nacional de atención y reparación integral a víctimas. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia.
- Comité Internacional de la Cruz Roja, 2008. *Cuál es la definición de "conflicto armado" según el derecho internacional humanitario?* Recuperado el 15 de julio de 2019 de: <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/article/other/armed-conflict-article-170308.htm>
- Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003a. *Informe Final*.
- \_\_\_\_\_, 2003b. «Informe Final. Tomo VIII. Segunda parte: Los Factores que Hicieron Posible la Violencia.» [http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO\\_VIII/TERCERA\\_PARTE/I-PSICOSOCIALES.pdf](http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO_VIII/TERCERA_PARTE/I-PSICOSOCIALES.pdf) (14 de diciembre de 2015).
- Comisión de Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento de la Ley 1448 de 2011, 2014. Primer Informe al Congreso de la República 2013 – 2014. Bogotá D.C., Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2015. Segundo Informe al Congreso de la República 2014 – 2015. Bogotá D.C., Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2017. Cuarto Informe al Congreso de la República. Bogotá D.C., Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2018. Quinto Informe al Congreso de la República 2017 – 2018. Bogotá D.C., Colombia.
- Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. 1991. *Informe Rettig*. Santiago, Chile.
- Corte Constitucional de Colombia. (22, enero, 2004). Sentencia T-025/04. AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA-Asociaciones de desplazados/AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA- Condiciones para que las asociaciones de desplazados interpongan la acción. Referencia: expediente T-653010 y acumulados. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa
- \_\_\_\_\_, 2010 (25, marzo, 2010). Sentencia T-045/10. AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA-Asociaciones de desplazados/AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA-Tratamiento psicosocial para mujeres víctimas de conflicto armado. Referencia: expediente T- 2384972 y acumulados. Magistrado Ponente: María Victoria Calle Correa
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2001. Caso Barrios Altos Vs. Perú, Sentencia de Reparaciones y Costas, p: 42.
- \_\_\_\_\_, 2004. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, p: 85.
- Cunill, N. & Ospina, S. (2008). Fortalecimiento de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación (M&E) en América Latina: Informe comparativo de 12 países. Caracas: CLAD-Banco Mundial.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2014). Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2018). Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2012): “Marco Conceptual de la Cadena de Valor, como Unidad Estructural de la Planeación, el Seguimiento y la Evaluación”. Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. Bogotá, Colombia.

- Decreto 1084 de 2017. “*Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 Ley de víctimas y restitución de tierras y se dictan otras disposiciones*”. Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Decreto 4107 de 2011. “*Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*”. Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Elsevier, México.
- Escobar, J., Bonilla-Jimenez, F. (2011). Grupos Focales: Una Guía Conceptual y Metodológica. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 9 No. 1, p: 51-67. Universidad El Bosque, Colombia.
- Hamui-Sutton, A., Varela-Ruiz, M. (2012). Metodología de investigación en educación médica. La técnica de grupos focales. P: 55-60. Elsevier, México.
- Hernández, P., 2015. Reparación integral orientada hacia la atención psicosocial en niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado. Universidad Libre Sede Cartagena Avances y desafíos del derecho: Abordaje desde la investigación jurídica y sociojurídica / Universidad Libre, Red de Grupos y Centros de Investigación Jurídica y Sociojurídica. – 1ª ed.- Cartagena: Universidad Libre, 2015.
- Instancia Multi-institucional por la Paz y la Concordia (2002). Nada podrá contra la vida. Programa Nacional de Resarcimiento. Guatemala.
- Instituto Nacional de Salud, 2017. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia. Noveno Informe Técnico. Bogotá, D.C. Observatorio Nacional de Salud.
- Juárez, M. & Gaitán, L. & Urosa, B. & Cabrera, P. (1993). Trabajo Social e Investigación. Temas y Perspectivas. Universidad Pontificia Comillas. Departamento Interfacultativo de Sociología, Escuela Universitaria de Trabajo Social. Getafe, Madrid.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.
- Kusek, Jody & Gögens, Maelize (2010). Making Monitoring and Evaluation Systems Work: A Capacity Development Toolkit. Washington: World Bank
- Kusek, J., y Rist, Ray (2005). Manual para gestores del desarrollo. Diez pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Ley 387 (18, julio, 1997) Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial 43.091 del 24 de julio de 1997.
- Ley 1448 de 2011. Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Ley 1616 de 2013. “*Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*”. República de Colombia. Bogotá, D.C.
- Lozano, P., Olarte, L., Toscano, P., 2018. Los procesos de atención psicosocial que se adelantan con las mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano. Trabajo de grado. Universidad de la Salle, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Programa de Trabajo Social.

- March, J., Prieto, M., Hernán, M., Solar, G. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja.
- Mesa Psicosocial, 2016. Documento macro de denuncias y recomendaciones. Debate de control político desarrollado en el Congreso de la República el 18 de Mayo de 2016. Tomado el 15 de junio de 2019 de: <http://equitas.org.co/sites/default/files/biblioteca/Documento%20Mesa%20Psicosocial%20debate%20control%20poli%20CC%81tico%20VERSIO%20CC%81N%20FINAL.pdf>
- Moreno, M. & Díaz, M., 2016. Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. AGO.USB Medellín-Colombia V. 16 No 1 PP. 1- 357 Enero - Junio 2016 ISSN: 1657-8031.
- Ministerio de la Protección Social – MPS, 2008. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Bogotá, D.C.
- MSPS, 2016. Guía Metodológica. Observatorio de Calidad de la atención en Salud OCAS – Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2016. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan Estratégico 2016-2021. Bogotá, D. C., Colombia
- \_\_\_\_\_, 2017. Línea de Seguimiento a la Implementación de la Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, en el marco de la Estrategia Complementaria Vigencia 2017. Producto Contrato Prestación de Servicios No. 718, 623 y 616 de 2016.
- \_\_\_\_\_, 2017a. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi. Documento Marco. Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2017b. Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia
- \_\_\_\_\_, 2017c. Estrategia de Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi). Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_, 2018. Evaluación de Procesos e institucional del Plan decenal de salud Pública (2012-2021). Ministerio de Protección Social de Colombia. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/evaluacion.aspx>
- \_\_\_\_\_, 2018. Estrategia de Alistamiento para la implementación del Plan Nacional de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición. Oficina de Promoción Social. Bogotá, Colombia.
- ONU, 2005. *Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones.*
- \_\_\_\_\_, 1984. «Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.» <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx> (12 de noviembre de 2015).
- \_\_\_\_\_, 1994. Asamblea General. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Resolución A/RES/48/104.
- Okuda, M. & Gómez-Restrepo, C., 2005. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 1, 2005, pp. 118-124. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, D.C., Colombia.

- Organización Panamericana de la Salud, 2003. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Perea, P., 2017. Análisis de la atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en el municipio de Quibdó (2013-2016). Universidad EAFIT- Medellín, Departamento de Gobierno y Ciencias Políticas. Maestría en Gobierno y Políticas Públicas.
- Perú. 2006. «Ley N° 28. 529 de 2006 - Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones - PIR.» <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8868.pdf?view=1> (15 de diciembre de 2015).
- PRAIS, 2019. Tomado el 10 de junio de 2019 de: <https://www.ssmc.cl/prais/>
- Presidencia del Consejo de Ministros. 2001. «Decreto Supremo 065-2001-PCM: Crea la Comisión de la Verdad.» <http://www.cverdad.org.pe/lacomision/nlabor/decsup01.php> (15 de diciembre de 2015).
- Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill
- Stein, D. & Valters, C. (2012). Understanding Theory of Change in International Development. Justice and Security Research Programme, International Development Department. Houghton Street, London.
- Ramírez, A., Hernández, O., Romero, K. & Porras, E., 2017. Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chengue. Corporación Universitaria del Caribe. Psicología desde el Caribe, Volumen 34. Número 1.2017. ISSN 2011-7485, p.: 1-20.
- Registro Único de Víctimas (RUV), tomado el 26 de febrero de 2019 con fecha de corte: 01 de febrero de 2019, de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/>
- Rebolledo & Rondón, 2014. Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. Report Information from ProQuest. March 2014. Universidad de Los Andes.
- Retolaza I., 2011, Teoría de Cambio. Un enfoque de pensamiento y acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social, Guatemala: PNUD/HIVOS.
- Rogers, P. (2014). La teoría del cambio, Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.o 2, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia. UARIV, 2013. Informe del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas a las comisiones primeras de Senado y Cámara. Bogotá D.C. – marzo de 2013.
- Villa, J., Barrera, D., Arroyave, D. & Montoya, Y., 2017. Acción con daño: del asistencialismo a la construcción social de la víctima. Mirada a procesos de reparación e intervención psicosocial en Colombia. Universitas Psychologica, 16(3), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.adac>
- Villa, J., Arroyave, L., Montoya, Y., & Muñoz, A., 2016. Vicisitudes de los proyectos institucionales de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado colombiano. Dialnet. AGO.USB Medellín - Colombia Vol. 17 No. 1 PP 1 - 323 enero – junio 2017 ISSN: 1657 8031.
- Vogel, I. (2012). Review of the use of "Theory of change" in international Development, Review Report, Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, Londres.