



La salud
es de todos

Minsalud

Resumen Ejecutivo

Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI FASE I

Oficina de Planeación y Estudios
Sectoriales
Oficina de Promoción Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá, D.C., Abril de 2020





FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO

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 Investigador¹

Alejandro Cepeda Pérez

Ana María Giraldo Vargas

Mariana Matamoros Cárdenas

David Eduardo Gómez Lizarazu

Oscar Sánchez Jiménez

Santiago Alberto Perea

Equipo de Evaluadores Pares²

Ángela María Estrada Mesa – PhD en Psicología

Fabio Idrobo Bonilla – PhD en Psicología

Darío Londoño Trujillo – PhD en Epidemiología

Andrés Moya Rodríguez – PhD en Economía Agrícola y Recursos Naturales

Carlos Alberto Palacio Acosta – Msc en Epidemiología Clínica

David Bardey – PhD en Economía

¹ 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.

² 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, David Bardey 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 Prias, Gabriela Becerra y Mariana De Narváez por sus aportes desde inicios de la planeación de este trabajo hasta la actualidad. 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, así como a todas las víctimas 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 mención especial frente a 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.



Resumen

Tras 6 años de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas (Papsivi), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) inició su evaluación a principios de 2019, con el objetivo de identificar las fortalezas y opciones de mejora de los dos componentes del programa. Este documento presenta las principales conclusiones de la Fase I de la evaluación de Papsivi, la cual se enfocó en el análisis descriptivo y de resultados de las fuentes de información internas del MSPS.

El aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por parte de las víctimas del conflicto ha aumentado entre 2013 y 2018. Se encontró que el aseguramiento de quienes accedieron al proceso de atención psicosocial es levemente mayor de quienes no accedieron.

La cobertura de la atención psicosocial es muy baja aún y no alcanza el 22% de la población objetivo. El componente de atención psicosocial se duplica con otros programas del gobierno nacional. Adicionalmente, la alta rotación de personal y la falta de procesos de capacitación continuada limitan las posibilidades de ampliación de la cobertura del componente de atención psicosocial.

Las personas víctimas que han recibido atención psicosocial presentan una frecuencia y uso promedio de servicios de salud mayores que las víctimas que no la han recibido. Las personas que recibieron atención psicosocial demandan menos atenciones en salud mental y tienen una percepción de recuperación y rehabilitación psicosocial positiva, mostrando un cumplimiento del 97% de las metas planteadas en la primera sesión del proceso psicosocial.

Se identifica la posibilidad de ajustar los procesos de levantamiento de la información relacionada con la percepción y valoración del proceso psicosocial, buscando así superar los posibles sesgos y limitaciones en el uso de los instrumentos de seguimiento en el componente de atención psicosocial.

Palabras Claves: Víctima, Medida de Rehabilitación, Reparación, Atención Psicosocial.



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 que 8 millones de colombianos en la actualidad se encuentran en riesgo de padecer afectaciones en su salud física y/o mental por los hechos ocurridos. (Registro Único de Víctimas, 2019)

Ante esta situación, y gracias a la Ley 1448 de 2011, el MSPS ha ejecutado desde el año 2013 el Programa de Atención 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, 2017, p. 20)

Teniendo en cuenta que el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” busca examinar y redefinir la política de víctimas, así como los nuevos escenarios que emerjan del Acuerdo Final de Paz de 2016, el MSPS considera fundamental realizar la evaluación del Papsivi con el propósito de conocer sus logros y debilidades, a fin de formalizar recomendaciones que permitan ajustar la implementación así como su fortalecimiento, en aras de mejorar la calidad y el acceso a las medidas en salud integral y atención psicosocial de las víctimas colombianas.

Esta evaluación, se realiza a través de un proceso de coordinación entre la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y la Oficina de Promoción Social, en el marco de las competencias asignadas en el Artículo 13 del Decreto 4107 de 2011. Sin embargo, con el fin de que la evaluación se fortalezca con la visión y aportes de otros actores sectoriales y académicos externos al programa y al MSPS, el proceso ha contado con la participación de pares expertos académicos³ de quienes se han recibido comentarios y sugerencias, las cuales se han venido incorporado para que la evaluación cumpla las más altas expectativas de rigurosidad metodológica. La evaluación se ha planteado en dos fases, la primera tuvo como objetivo diseñar la metodología y analizar la información disponible en el MSPS y la segunda, tiene como propósito recolectar información primaria 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

³Fabio Idrobo de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Andrés Moya y David Bardey de la Universidad de los Andes y Angela María Estrada de la Fundación Quira.



propuestos. Así, este documento resumen contiene un contexto del Papsivi, una descripción general del diseño metodológico de evaluación desarrollado y los resultados más destacados de la primera fase. De manera adicional, se incorporan las referencias bibliográficas más relevantes de la literatura revisada y citada en la evaluación.

Contexto General del Papsivi

El Papsivi surgió como una de las medidas de rehabilitación en el marco de la reparación integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia (Ley 1448 de 2011, Artículo 137), implementado por el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Salud y Protección Social.

El Programa se comprende como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias que permite **atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas** ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario con el fin de mitigar el sufrimiento emocional, lo cual constituye las competencias del MSPS en el marco de la política de víctimas.

En este orden de ideas, el objetivo principal del Papsivi es **brindar 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, 2017, p. 20). Para ello, se implementa a través de dos (2) grandes componentes: **la atención integral en salud y la atención psicosocial**; el primero se centra en el acceso y calidad del derecho a la salud y el segundo en el daño y las afectaciones psicosociales. Ambos componentes orientados a mitigar y superar las afectaciones relacionadas con el hecho victimizante.

Por un lado, el proceso de **atención integral en salud a víctimas** del conflicto armado interno inicia a través del aseguramiento en salud de las víctimas y se profundiza a través del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, cuyo objetivo es “orientar la **atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial**, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado” (MSPS, 2017, p. 20). En ese sentido, para la atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto armado concurren los diferentes actores del SGSSS como lo son las Direcciones Territoriales de Salud -DTS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros, quienes, en forma coordinada, brindan la atención en salud a esta población.

Por otra parte, el componente de **atención psicosocial**, como medida de rehabilitación, es un conjunto de servicios articulados 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, 2017, p. 20). En este orden de ideas, la atención psicosocial del Papsivi busca dar elementos para el afrontamiento y resiliencia en las víctimas, las cuales son aplicadas por profesionales en las **modalidades individual, familiar y comunitaria**⁴.

El componente psicosocial del Papsivi brinda atención a través de operadores que son financiados directamente por el MSPS o por medio de recursos de concurrencia de las Entidades Territoriales, llegando principalmente a las Víctimas que se encuentran incluidas en el Registro Único de Víctimas (RUV) y a las personas y/o comunidades reconocidas o protegidas en decisiones administrativas, medidas cautelares, sentencias o cualquier otra decisión judicial de carácter nacional e internacional.

Descripción general del diseño metodológico de la evaluación de Papsivi

La metodología de evaluación está planteada en dos fases, en la Fase I se definió el diseño metodológico, las preguntas orientadoras, la cadena de valor, el mapa de actores, el diseño de instrumentos para levantamiento de información externa y la estimación de los resultados con la información que se encontraba en el aplicativo de Papsivi, RIPS⁵, RUAF⁶, RUV⁷ y RLCDP⁸ del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Fase II se enfocará en la recolección de información externa (trabajo de campo), mediante la aplicación de diferentes instrumentos (entrevistas semiestructuradas, grupos focales y una encuesta). Esto con el fin de profundizar los resultados de la evaluación según los objetivos y alcances propuestos.

Objetivo

Realizar la evaluación de resultados del Papsivi entre 2013 y 2018, para la generación de recomendaciones que permitan el fortalecimiento de su ejecución. Para ello es necesario: 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.

⁴ Los equipos interdisciplinarios están conformados por profesionales de ciencias sociales, ciencias humanas, ciencias de la salud y promotores psicosociales.

⁵ Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)

⁶ Registro Único de Afiliación (RUAF)

⁷ Registro Único de Víctimas (RUV)

⁸ Registro de Localización y caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCDP)



Alcance

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, la evaluación no es una evaluación de impacto.

De acuerdo con la disponibilidad de información, en esta primera fase, se analizó la información al alcance del MSPS como lo fue: i) aplicativo Papsivi; ii) RIPS; iii) RLCPD; y, iv) RUAF del MSPS. Adicionalmente se contó con la información del RUV, de la Unidad para la Reparación Integral de las Víctimas, y de revisión bibliográfica de carácter nacional e internacional.

Resultados Evaluación de Papsivi - Fase I

El aseguramiento en salud de la población víctima (total) se ha incrementado, siendo levemente inferior a la media nacional. Al iniciar 2014, la cobertura del aseguramiento en salud de la población víctima ascendía a 74,3%, al finalizar 2018 la misma cobertura asciende a 92,6%. Lo anterior representa un incremento de la cobertura en salud para víctimas en 18,3 puntos porcentuales, es decir, que en un periodo de 5 años se han afiliado 3,3 millones personas víctimas al SGSSS. A pesar de lo anterior, la tasa de cobertura de las víctimas es 2,6 puntos porcentuales inferior a la tasa de cobertura nacional. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Estado de aseguramiento de población general, víctimas RUV y víctimas con atención psicosocial Papsivi en el SGSSS.



Fuente: MSPS – RUV, Papsivi – Cálculos Oficina de Promoción Social



Respecto a la prestación de los servicios en salud, el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial y diferencial para víctimas se ha venido implementado desde 2016 en 18 IPS de 6 entidades territoriales con el acompañamiento directo del Ministerio. Lo anterior infiere que el aseguramiento al SGSSS y la prestación de servicios en salud a las víctimas no garantiza su atención diferencial.

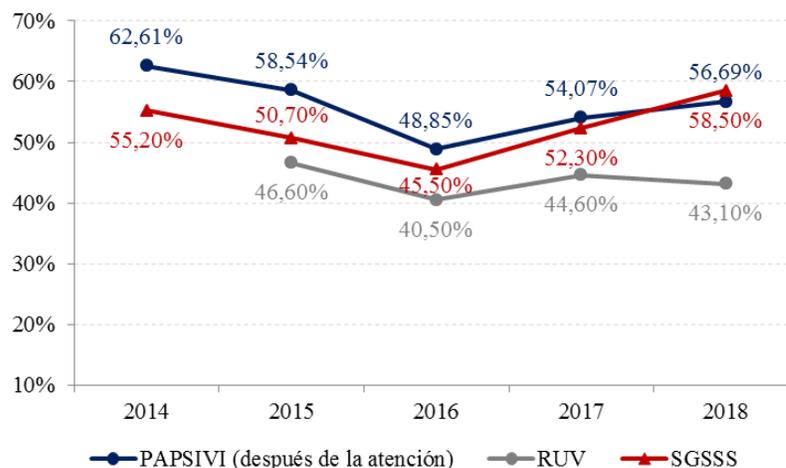
El grupo de víctimas que ha recibido atención psicosocial presenta una mayor tasa de aseguramiento en salud que las víctimas que no han recibido atención. Se identificó una relación positiva entre la atención psicosocial y el aseguramiento, lo que puede ser consecuencia de las orientaciones que dan los profesionales de atención psicosocial a las víctimas sobre el acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, las Direcciones Territoriales de Salud, generalmente en compañía de los promotores psicosociales de Papsivi deben gestionar información acerca de las víctimas en su entidad para brindarles cobertura en salud, obedeciendo a los preceptos de salud integral en el que participan diferentes integrantes del SGSSS. (Gráfico 1).

El grupo de víctimas que recibieron atención psicosocial por parte del Papsivi, demandan más servicios del sistema de salud en frecuencia y número de usos que las víctimas que no han accedido a la atención psicosocial, a su vez se identifica que el número de usos promedio de las víctimas con atención es inferior a la población general. La frecuencia de uso⁹ entendida como una medida del acceso real de los individuos a los servicios de salud, muestra que la población RUV sin atención psicosocial presenta las frecuencias de uso más bajas durante los años 2014-2018 entre los grupos de referencia. Por su parte, la población con atención psicosocial Papsivi presenta frecuencias de uso similares a las del SGSSS y siempre son superiores a las del grupo de víctimas RUV. Lo cual permite suponer que la atención psicosocial puede estar orientando un mayor acceso al sistema de salud, lo que a su vez facilita el uso de los servicios. (Gráfico 2)

⁹ 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.



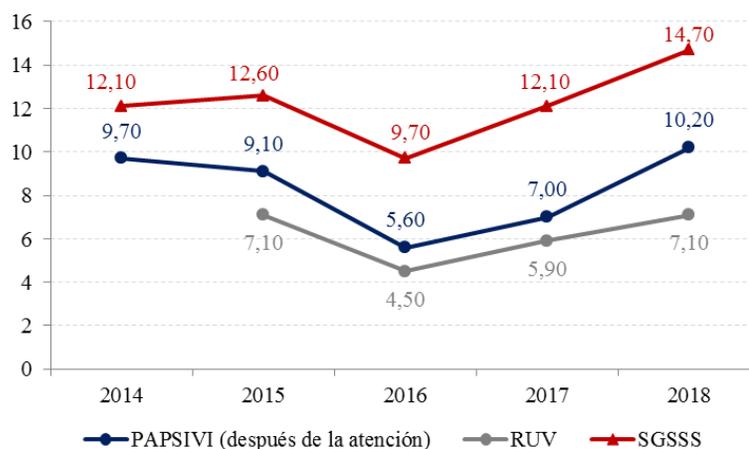
Gráfico 2. Frecuencia de Uso a los servicios de Salud.



Fuente: SISPRO: RUV, Papsivi, RIPS a 31 de diciembre de 2018

El Gráfico 3, presenta los promedios de uso¹⁰ de los servicios de salud en el periodo 2014-2018 para las poblaciones de estudio. Para todos los años, el número de usos promedio en la población no víctima es superior a los de los otros dos grupos, seguidos por la población víctima que accedió a la atención psicosocial y dejando de último a la población víctima RUV.

Gráfico 3. Uso promedio de servicios de Salud al año.



Fuente: SISPRO: RUV, Papsivi, RIPS a 31 de diciembre de 2018

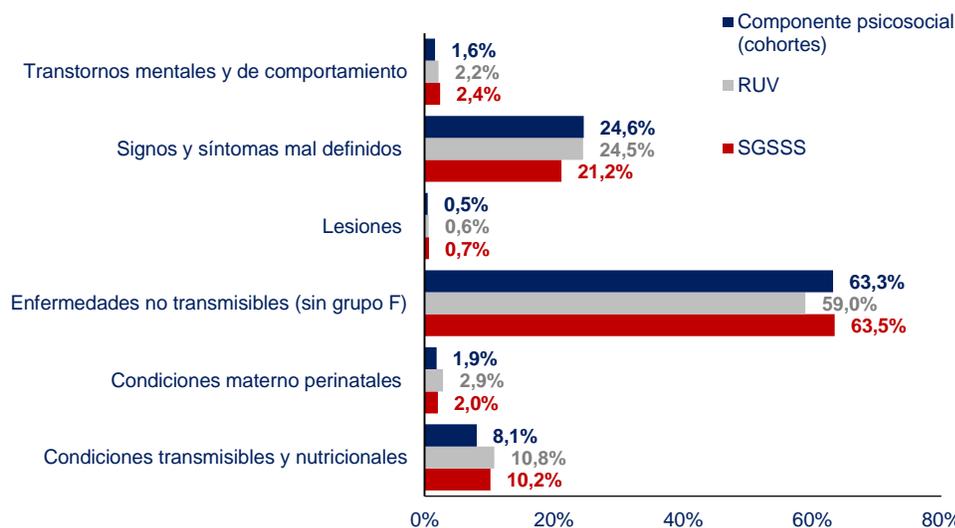
¹⁰ El uso nos indica el número de atenciones de cada tipo de servicio que recibe cada persona atendida. El cálculo se realiza tomando solo la información de aquellos pacientes que tuvieron alguna utilización en los años de referencia. Se estima dividiendo el número de servicios totales (consultas, hospitalizaciones y demás) entre el número de personas que efectivamente usaron alguno de estos servicios.



En el año 2018, el grupo de población víctima que ha recibido atención psicosocial Papsivi demanda 10,2 atenciones promedio al año, mientras que para la población general es de 14,7 y 7 en la población RUV.

El grupo de víctimas que han recibido atención psicosocial presentan menos atenciones en salud relacionadas con trastornos mentales que las víctimas RUV y que las personas que no son víctimas. En términos generales, el uso del servicio en salud de las víctimas es parecido al de las personas no víctimas, como se observa en el gráfico 4. Al siguiente año de atención con el componente psicosocial de Papsivi, las víctimas requieren 24% menos atenciones con trastornos de salud mental y de comportamiento que las víctimas RUV y 32% menos que las personas que no son víctimas.

Gráfico 4. Porcentaje de atenciones en los servicios de salud por grandes causas en población 2014 – 2018.



Fuente: MSPS, SISPRO, RUV, Personas VCA correctamente identificadas, Aplicativo Papsivi.
Corte: Enero 01 de 2019

Adicional al Papsivi existe un programa que ofrece atención psicosocial, lo cual ha generado que se presenten duplicaciones en la atención. Como se muestra en la Tabla 1, de las 665.048 personas que han recibido atención psicosocial en el país a diciembre de 2018, el 29,4% (195.620 personas) ha sido atendido por la Unidad para las Víctimas a través de la Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal¹¹ (EREG). Las 469.428 personas restantes (70,6%) han sido atendidas por el MSPS a través del

¹¹ 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.



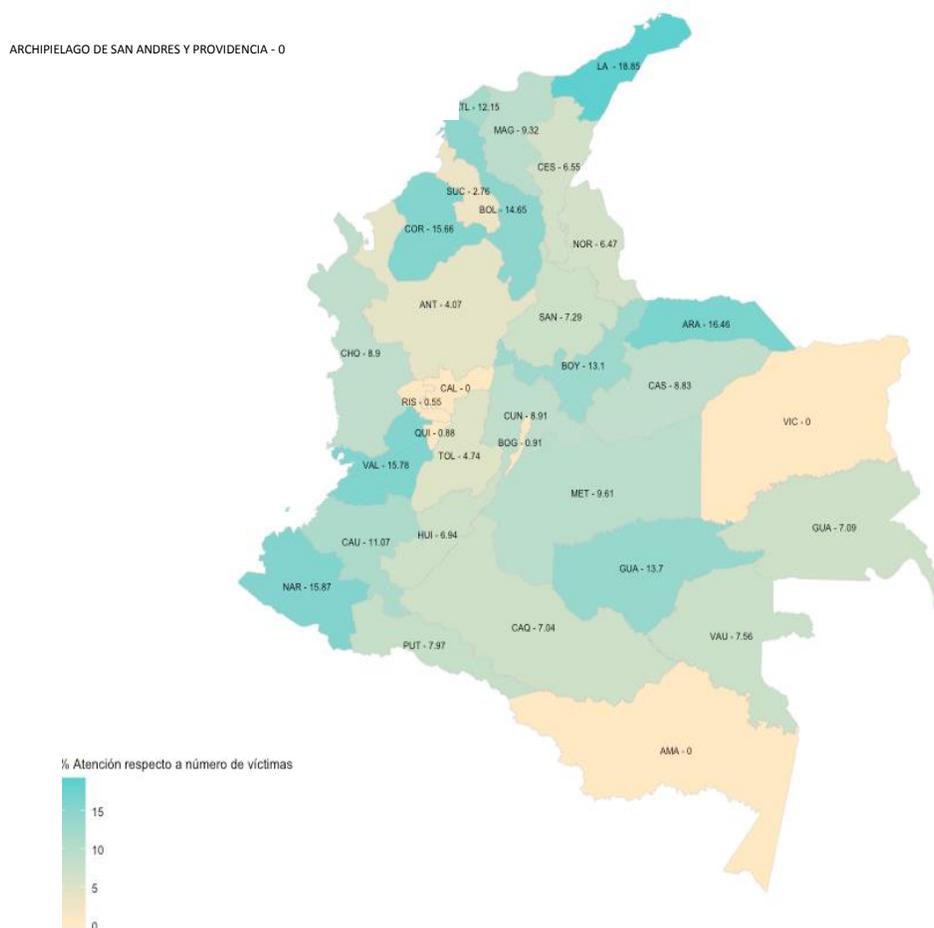
Papsivi en sus tres modalidades. A pesar de lo anterior, 30 mil personas (4,5%) han sido atendidas por los dos programas en diferentes momentos y en este sentido es importante mencionar que EREG, también surgió en respuesta a la Ley 1448 de 2011 y fue el primer referente de atención psicosocial en el país, pero su única modalidad de atención es grupal y difiere de Papsivi en su estructura para la atención a las víctimas.

Tabla 1. Número de atendidos con Papsivi y EREG a 31 de diciembre de 2018

Característica	No. Personas	Porcentaje
Atendidos por PAPSIVI	469.440	70,5%
Atendidos por EREG	195.620	29,5%
Total- víctimas atendidas	665.060	100,00%
Atendidos por PAPSIVI & EREG	30.005	4,5%

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

Ilustración 1. Porcentaje de atendidos respecto al número de víctimas Departamento.



Fuente: SISPRO: RUV y Papsivi a 31 de diciembre de 2018

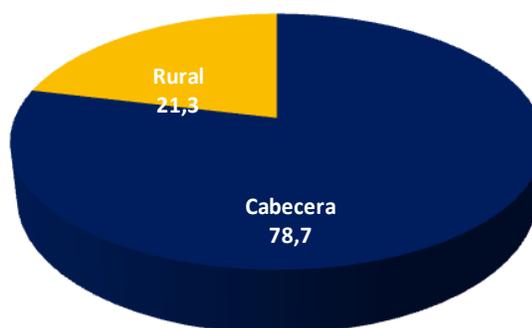


La cobertura de la atención psicosocial es baja, aproximadamente sólo 1 de cada 20 personas víctimas ha sido atendida, pero se ha concentrado en las zonas de mayor número de víctimas. A diciembre de 2018 las personas que han recibido atención psicosocial asciende a 626.594, lo cual representa el 21% de la meta estipulada por el CONPES 3726 de 2012. Si esta cifra se compara con el total de víctimas plenamente reconocidas (7,8 millones) el porcentaje de cobertura llegaría apenas al 5,9%. En este sentido, los atendidos por el componente psicosocial de Papsivi, de acuerdo con el RUV, se ha concentrado, principalmente, en Nariño, Valle del Cauca y Córdoba, con porcentajes de atendidos de 15,8%, 15,7% y 15,6%, a diferencia de entidades como Bogotá, D.C, donde sólo se ha atendido el 0,9% del total de víctimas registradas. (Ilustración 1).

Lo anterior responde al artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 en el que se ordena 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 (alrededor de 1 millón de personas) con una cobertura de atención psicosocial de Papsivi del 4,0%.

El 78,7% de la atención psicosocial se realiza en zonas de cabecera a través de búsqueda activa. La localización de las víctimas que se han accedido a la atención psicosocial es principalmente de las zonas de cabecera, es decir urbanas y semiurbanas. (Gráfico 5).

Gráfico 5. Proporción atendidos en Zona rural y de Cabecera 2013 - 2018



Fuente: MSPS. Aplicativo Papsivi. Oficina de Promoción Social

La percepción¹² de rehabilitación de las víctimas que reciben atención psicosocial mejora al avanzar las sesiones. La valoración de 1 a 10 que califican las víctimas sobre la percepción de rehabilitación¹³, muestra una tendencia creciente para todas

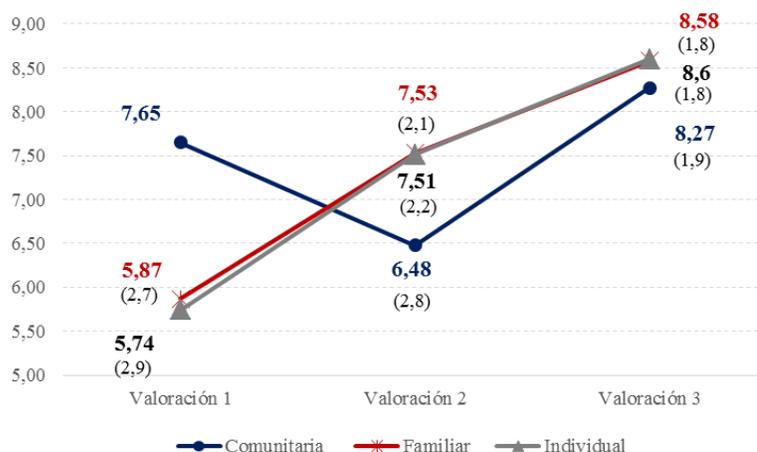
¹² Es un instrumento de seguimiento, diligenciado durante el proceso de atención en las sesiones: 2, 4 y 6, con el que se pregunta el avance en el cumplimiento de los objetivos formulados para la atención.

¹³ La escala original de este instrumento de seguimiento es de 1 a 5, para una mejor visualización, se transformó a una escala de 1 a 10.



las modalidades, entre la primera a la tercera valoración (Ver gráfica 6). 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.

Gráfico 6. Percepción de la Recuperación Psicosocial 2017 - 2018



Fuente: MSPS, SISPRO, RUV, Personas VCA correctamente identificadas, Aplicativo Papsivi. Corte: Enero 01 de 2019. Valores entre paréntesis corresponden a las desviaciones estándar

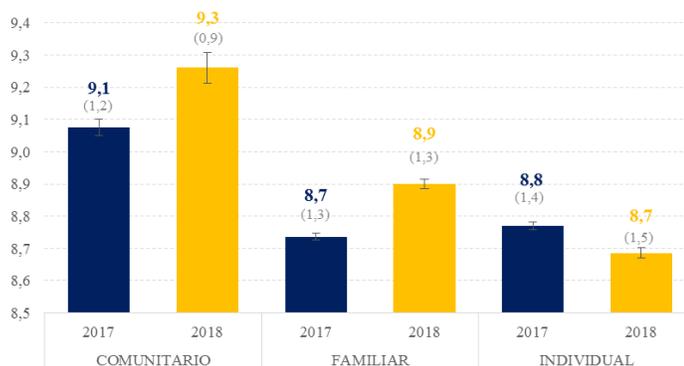
El instrumento de percepción de recuperación, también llamado de seguimiento, está delimitado únicamente por el objetivo que se establece al inicio de la atención psicosocial y evalúa el grado de cumplimiento de las actividades propuestas. Es importante tener en cuenta que su aplicación es orientada por el profesional que brinda la atención a la víctima, por lo cual, puede existir algún tipo de sesgo, no obstante, es un indicador que presenta un resultado de evolución y se mide de forma periódica.

La valoración de la rehabilitación¹⁴ que hacen los profesionales que desarrollan las sesiones de atención muestra resultados positivos e incrementos entre 2017 y 2018. En una valoración de 1 a 10 para la modalidad comunitaria y familiar, la mayoría de las valoraciones indican que la atención les ayudó en la recuperación, tanto en 2017 como 2018. (Gráfico 7). Al igual que en el anterior indicador, este cumple con su función, pues mide el nivel de cumplimiento de los objetivos al cierre de todas las atenciones, pese a que puntúa muy cerca del óptimo posible (10).

¹⁴ Es un cuestionario de carácter cualitativo, que explora la percepción de cambio, resultado de la atención psicosocial brindada, a través de las diversas modalidades de atención, que permite estimar el alcance de la rehabilitación psicosocial, en el marco de la reparación. Este instrumento, cuenta con versiones que se adecuan a los objetivos de cada modalidad de intervención.



Gráfico 7. Valoración de la Rehabilitación Psicosocial 2017 - 2018

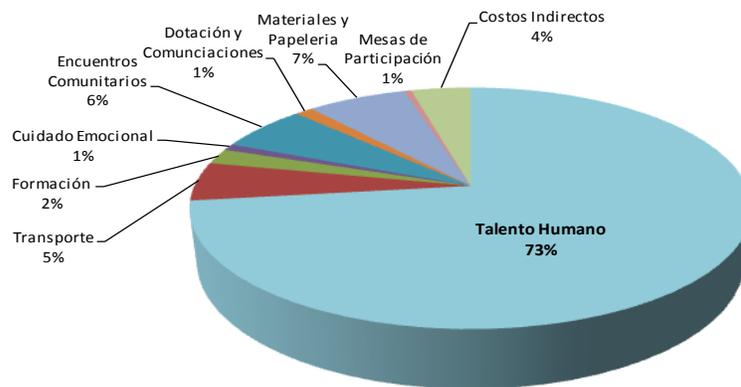


Fuentes: MSPS, SISPRO, RUV, Personas VCA correctamente identificadas, Aplicativo Papsivi. Corte: Enero 01 de 2019. Valores entre paréntesis corresponden a las desviaciones estándar

Los indicadores de percepción y de rehabilitación, tienen limitaciones respecto a la persona que levanta la información, por lo cual se entiende la necesidad de definir, diseñar y utilizar nuevos indicadores o nuevas formas de aplicarlos.

Los objetivos planeados por las víctimas y los profesionales que hacen la atención psicosocial se cumplen mayoritariamente. El cumplimiento de las metas planeadas entre la víctima y el profesional que la atiende supone un gran logro de la intervención, ya que es la razón de cierre del 98% de los casos, es decir, más de 400 mil víctimas han cumplido los objetivos según lo acordado con el profesional psicosocial al inicio de la atención. Cabe anotar que en el otro 2%, el motivo de cierre es por abandono del proceso o por terminación de mutuo acuerdo (que se puede dar por razones de traslados o dificultad para llegar a los sitios de atención).

Gráfico 8. Distribución promedio de los costos de la atención Psicosocial de Papsivi en 2015 - 2018



Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social



El talento humano es fundamental para la operación del componente psicosocial, sin embargo, su rotación es alta y no existe un programa de capacitación que soporte la demanda potencial. Se han contratado 2.364 profesionales entre 2014-2018 para realizar la atención psicosocial, por otro lado, el 73% del total de los costos de la atención psicosocial se concentra en cubrir el financiamiento del talento humano y la rotación del personal entre 2015 y 2018 es del 47%, en promedio. Por otro lado, las formaciones se financian principalmente con los costos corrientes del programa (2%) y con talento humano del MSPS, además son procesos centralizados y particulares en cada región de acuerdo con el contexto de violencia que presente. (Gráfico 8)

Los costos unitarios de la atención psicosocial han disminuido, sin embargo, la operación se ha concentrado en los centros poblados. En 2013 el costo promedio de atención era de alrededor de 641 mil pesos, a diciembre de 2018 el valor ronda los 220 mil pesos, es decir, el gasto en este componente se ha hecho más eficiente financieramente. Este resultado, está relacionado con que el 78,7% de la atención psicosocial se realiza en zonas de cabecera, de tal forma que se disminuyen los costos operativos de la atención psicosocial al disminuir los costos de desplazamiento. (Gráfico 9)

Gráfico 9. Precio promedio por persona de la atención con el componente psicosocial de Papsivi 2013 - 2018



Fuente: MSPS. Aplicativo Papsivi. Oficina de Promoción Social



Conclusiones y Recomendaciones

Si bien el Papsivi presenta avances en cuanto al desarrollo de las competencias del sector salud para con las víctimas, como la cobertura de aseguramiento y los resultados de las personas que han accedido al componente de atención psicosocial, es importante fortalecer las estrategias que permitan aumentar la cobertura de atención psicosocial.

El componente de atención integral en salud para las víctimas del Papsivi, que parte del aseguramiento de las víctimas presenta un incremento importante, pero se deben diseñar estrategias más específicas para hacerle seguimiento continuo, así como fortalecer el proceso de implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial.

El componente de atención psicosocial tiene resultados importantes en cuanto a la percepción y valoración de la rehabilitación psicosocial por parte de las personas que han accedido al componente, sin embargo, es necesario revisar y diseñar nuevas formas de levantamiento de esta información para mitigar y limitar los posibles sesgos de valoración.

Para mejorar la cobertura del componente de atención psicosocial, que es por demás el mayor de los retos del programa, se deben estructurar estrategias de capacitación de personal que no sean centralizadas en el MSPS y permitan, a largo plazo, la creación de un grupo de profesionales de la salud amplio que pueda atender la demanda potencial del componente de atención psicosocial.

Cualquiera de las modificaciones que se sugieren en este apartado debe mantener la eficacia del programa en términos de la posible mitigación del sufrimiento emocional y la eficiencia en el uso de los recursos.



Referencias

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.

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 (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.

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.

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.

MSPS, 2017. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi. Documento Marco. Gobierno de Colombia. Bogotá, Colombia.

Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill