



**Universidad del  
Rosario**

**Impacto del Programa PAPSIVI en la demanda de atenciones de salud  
mental en Colombia**

Autor

**Ingrid Daniela Florián León**

Director

**Paul Andrés Rodríguez Lesmes**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el título de  
Magíster en Economía**

**Facultad de Economía**

**Maestría en Economía**

**Universidad del Rosario**

**Bogotá - Colombia**

**2023**

# IMPACTO DEL PROGRAMA PAPSIVI EN LA DEMANDA DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA \*

## Resumen

En Colombia, el conflicto armado ha afectado a millones de personas, generando graves consecuencias en la salud mental. El acceso a servicios de salud mental es limitado debido a múltiples barreras. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi) busca abordar esta problemática. Este estudio analiza el impacto del componente de atención psicosocial del Papsivi en la demanda de servicios de salud mental y las tasas de suicidio. Los resultados revelan un aumento significativo en la atención de salud mental y diagnósticos de enfermedades mentales debido a la implementación del programa, respaldando la hipótesis de que el programa fortalece el acceso a servicios de salud. Esto contribuye a una recuperación más efectiva y a la eliminación del estigma asociado a los trastornos mentales. Este estudio aporta valiosa información sobre programas de salud mental en Colombia y destaca la importancia de brindar atención a las víctimas del conflicto armado. Se enfatiza la necesidad de integrar más fuentes de información para una evaluación más completa del impacto del programa en la calidad de vida de las personas.

**Keywords:** *Conflicto; Salud mental; Asistencia.*

**JEL Classification:** *I12; I18; I38.*

---

\* Especial agradecimiento a mi tutor de trabajo de grado, Paul Andrés Rodríguez Lesmes, por el tiempo dedicado. A mis padres, Yesid Florian y Mayer León, por sus consejos; a mi tía abuela, María Peña, por su sabiduría; y a mis hermanos, Dennysse y Esteban, por su apoyo.

## 1. Introducción

---

El conflicto armado en Colombia ha tenido un impacto considerable en la población, afectando alrededor del 16,5% de los colombianos, equivalente a cerca de 8,6 millones de personas, según el Registro Único de Víctimas (2023). Las víctimas de violaciones a los Derechos Humanos experimentan diversas consecuencias físicas, psicológicas, emocionales, sociales, culturales y económicas (ONU, 1984, pág. Art. 14). La exposición a la violencia conlleva efectos neurobiológicos, como altos niveles de cortisol y cambios en la respuesta al estrés (Archer, 2017), lo que resulta en problemas de salud mental, cambios cognitivos y de preferencias individuales (M. Ridley, 2020). En regiones afectadas por el conflicto, las personas tienen mayor riesgo de sufrir trastornos del afecto y de ansiedad (Gómez-Restrepo, 2018). La violencia produce secuelas significativas en la salud mental, rompe el tejido social, deteriora las condiciones de vida y aumenta la pobreza, lo que afecta la calidad de vida de las personas (Agudelo-Vélez, 2018); (Bocanegra, 2015); (Borda Bohigas., 2015). El conflicto conlleva trastornos como ansiedad, depresión y estrés postraumático. (Bogic, 2015); (Gómez-Restrepo, 2018); (Moya, 2018); (Roberts, 2009); (Steel, 2009).

Las personas con trastornos mentales presentan mayor necesidad de uso de los servicios de salud, ya que tienen un mayor riesgo de padecer otros trastornos como tabaquismo, obesidad, tensión arterial alta, diabetes y cardiopatías (Organización Mundial de la Salud, 2009) (Cuevas C, 2011). A nivel general, existen múltiples barreras de acceso a la atención en salud incluyendo barreras administrativas, geográficas, normativas, poca oferta y contexto cultural, social, político y económico (Restrepo-Zea JH, 2014).

En Colombia la mayoría de las personas con trastornos mentales no reciben atención en el sistema de salud (Zamora-Rondón, 2019). El déficit de atención en salud está ligado a distintas barreras, incluyendo las barreras geográficas que van de la mano con la poca oferta de servicios de salud y de profesionales en psicología, donde para 2021 había un total de 94.317 psicólogos<sup>1</sup>, así como a

---

<sup>1</sup> Según datos de Rethus con corte a 31 de diciembre de 2021.

algunos determinantes sociales tales como la pobreza y la inequidad. Lo anterior, sumado a la percepción sobre el estigma hacia las personas con trastornos mentales (Vicario A, 2016).

En respuesta a esta problemática, y de acuerdo a la Ley 1448 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social 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”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 20).

El objetivo de este estudio es estimar el impacto del programa PAPSIVI sobre la demanda de servicios en el sistema de salud, específicamente, en las atenciones en procedimientos de salud mental identificados en el CUP21 (Clasificación Única de Procedimientos), así como en el número de personas diagnosticadas bajo enfermedades de salud mental, de acuerdo con el CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). De igual forma, se analiza el impacto del programa sobre la tasa de suicidios.

En un contexto donde se evidencia un déficit de atención en salud mental que abarca niveles individuales, sociales y comunitarios (Zamora-Rondón, 2019), se destaca la importancia acceder a servicios de salud y recibir los tratamientos correspondientes para mitigar el trastorno dual. La evidencia indica que los pacientes con trastornos psiquiátricos muestran una tendencia más alta al consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas psicoactivas. La coexistencia de trastornos psiquiátricos y alcoholismo con frecuencia desencadena síndromes adicionales de ansiedad y depresión, en muchos casos inducidos o agravados por el abuso de alcohol (Casa M, 2013). La intersección entre enfermedades mentales y abuso de sustancias es evidente, ya que hasta un 50% de las personas que padecen enfermedades mentales también sufren de problemas de abuso de sustancias (Illness, National Alliance on Mental Illness. , 2016).

Dentro de este panorama, la atención integral y especializada hacia las secuelas traumáticas de la violencia emerge como una prioridad crucial. No solo es esencial para la recuperación individual de las víctimas, sino también para la reconstrucción del tejido social y la promoción de una paz sostenible. En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso "19 Comerciantes Vs Colombia", ha subrayado la importancia de proporcionar servicios de salud, incluyendo apoyo psicosocial a los familiares afectados por la violencia, de acuerdo con sus necesidades y la orientación de profesionales capacitados en el tratamiento de los efectos de la violencia y la desaparición forzada (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2004, pág. 118).

En el contexto del conflicto armado, el programa Papsivi busca brindar atención de salud a las víctimas, quienes son especialmente susceptibles a problemas de salud mental. Aunque el programa fue evaluado en términos generales en 2020<sup>2</sup>, persiste una falta de comprensión completa sobre los efectos y resultados específicos en la atención de salud mental a las víctimas. En este contexto, este estudio se enfoca en analizar los impactos del programa Papsivi en la demanda de atención de salud mental en Colombia. El objetivo es enriquecer el conocimiento existente en el ámbito de la atención psicosocial y proporcionar elementos para fortalecer la implementación de programas similares en entornos de posconflicto.

Este estudio contribuye a la literatura sobre programas de salud mental en Colombia y sus efectos sobre el sistema de salud. Moya et al, 2018, evaluaron un programa de atención psicosocial implementado en Tumaco sobre la salud mental materna encontrando efectos positivos en la salud mental de la primera infancia, así como en el desarrollo de la primera infancia. No obstante, un programa de atención psicosocial de alcance nacional como es el Papsivi no ha sido evaluado con una aproximación causal. En la literatura internacional, (Zapata, 2019) realiza una evaluación a la implementación de las políticas públicas orientadas a la reparación en salud mental a las víctimas de la violencia política en Perú, donde afirma que la salud mental es un tema multisectorial y que no depende únicamente del sector salud, concluye que las víctimas

---

<sup>2</sup> Ver (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

evaluadas aún no sienten haber sido reparadas en su salud mental. El resto de este documento sigue la siguiente estructura, la sección 2 presenta un contexto general del conflicto armado en Colombia, así como las especificaciones del programa PAPSIVI, en la sección 3 se realiza la presentación de los datos, así como de las variables a analizar, seguido por la sección 4 donde se presenta la metodología implementada. La sección 5 contiene los resultados principales, y finalmente la sección 6 incluye las principales conclusiones y limitaciones del estudio.

## **2. Contexto: Conflicto Armado en Colombia**

---

La violencia es reconocida como un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su impacto en la morbilidad y mortalidad de la población y los altos costos que genera para los sistemas de salud en países afectados por conflictos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico que causa lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Los conflictos armados se consideran una forma de violencia colectiva que tiene graves repercusiones en la salud, incluyendo la mortalidad, morbilidad y discapacidad. (OPS, 2003, p. 235 - 260).

Los efectos en la salud asociados a la guerra abarcan la mortalidad directa e indirecta, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud sexual y reproductiva, estado nutricional, salud mental y discapacidad. Además, el conflicto armado también afecta los Determinantes Sociales en Salud (DSS), como el ámbito económico, sociocultural, ambiental, infraestructura vial y de servicios públicos, contexto político y servicios de salud, lo cual influye en las condiciones de salud de la población. (INS, 2017).

Durante la larga historia de violencia que ha vivido la sociedad colombiana, y a pesar de los distintos actores y dinámicas fluctuantes del conflicto, la población civil no combatiente se ha visto directamente afectada, especialmente en la población en áreas rurales, urbanas pobres y marginadas. Estos eventos han tenido graves repercusiones en la infraestructura, la economía, la vida social y política, así como en el desarrollo, la pobreza y el bienestar humano. La violación

constante de los derechos humanos y las infracciones al derecho internacional humanitario son destacadas, con consecuencias negativas para la calidad de vida en general. Esto ha llevado a una fractura social, desestructuración de familias y comunidades, desconfianza, resistencia a la participación y persistencia de conflictos. Las víctimas sufren daños a su dignidad, afectaciones psicosociales y vulnerabilidad extrema. En respuesta, Colombia ha emprendido un proceso jurídico y político en los últimos 20 años para reconocer y garantizar los derechos de las víctimas, mediante sentencias judiciales, leyes y decretos que buscan brindar atención y reparación integral a todas las víctimas del conflicto armado interno. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En comparación con otros países de Latinoamérica con situaciones de conflicto como es el caso de Perú con 0,3%<sup>3</sup> de población víctima respecto a la población general, Chile con 0,9%<sup>4</sup> y Guatemala con 1,6%<sup>5</sup>, se destaca Colombia por el alto porcentaje de víctimas (16,5%)<sup>6</sup>, lo que resalta la importancia y el desafío que implica la implementación de políticas públicas de atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado en el país, así como los altos costos asociados a ello.

La Ley 1448 de 2011 establece que las víctimas son aquellas personas que han sufrido daños a partir del 1 de enero de 1985 debido a infracciones al Derecho Internacional Humanitario o violaciones graves a las normas internacionales de Derechos Humanos relacionadas con el conflicto armado interno. También se consideran víctimas los familiares cercanos de la persona directamente afectada, incluyendo cónyuges, parejas del mismo sexo y familiares en primer grado de consanguinidad o civil en caso de muerte o desaparición. También se incluyen las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a una víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Para brindar asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado, se creó el Registro Único de Víctimas (RUV), que tiene como objetivo identificar y

---

<sup>3</sup> Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003. Informe Final. Perú

<sup>4</sup> Lira, Elizabeth, y Brian Loveman. 2005. Políticas de reparación: Chile 1990-2004. Lom Ediciones.

<sup>5</sup> Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH).

<sup>6</sup> (PAPSIVI, 2017)

caracterizar a la población afectada. Hasta la fecha, el RUV<sup>7</sup> registra cerca de 8,6 millones de personas, lo que representa aproximadamente el 16,5% de la población colombiana.

En términos de salud mental, el conflicto armado en Colombia ha causado una vulneración psicológica en víctimas y victimarios, generando efectos negativos en toda la población, como la deshumanización, la pérdida de capacidades cognitivas, la comunicación efectiva, la solidaridad y la esperanza. Sin embargo, algunas personas logran superar los traumas de manera espontánea y con sus propios recursos, demostrando resiliencia, es decir, la capacidad de adaptarse y sobrellevar eventos negativos en la vida. (ENSM, 2005).

### **2.1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi)**

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia (Papsivi) fue creado como parte de la reparación integral a las víctimas según la Ley 1448 de 2011, implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social, tiene como objetivo brindar asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario. El programa se divide en dos componentes principales: atención integral en salud y atención psicosocial. La atención en salud se enfoca en el acceso y calidad de la atención médica, mientras que la atención psicosocial se centra en mitigar y superar las afectaciones psicosociales causadas por el hecho victimizante. Ambos componentes son coordinados por actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se brindan de manera coordinada a través de diversos servicios y operadores. El Papsivi se dirige principalmente a las víctimas registradas en el Registro Único de Víctimas (RUV) y a aquellas reconocidas o protegidas por decisiones judiciales nacionales e internacionales.

El componente de salud integral abarca actividades desde el aseguramiento hasta el tratamiento y rehabilitación, y se basa en el Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial. El componente psicosocial busca

---

<sup>7</sup> RUV – Fecha de corte: 28/04/2023

mitigar los daños y el sufrimiento emocional a través de servicios individuales, familiares, comunitarios y étnicos. El programa también incorpora estrategias transversales para la formación, participación, coordinación y seguimiento.

El programa Papsivi tuvo la fase de diseño durante el 2012 y 2013, creando el Comité Institucional para la Salud y Protección de las Víctimas. Durante este periodo se realizó la socialización de la propuesta con las víctimas, la formación de funcionarios de salud y se obtuvo el aval para la implementación en municipios prioritarios. En el 2014, se creó el Grupo Coordinador de Asistencia y Reparación a Víctimas, se avanzó en convenios de asociación para la cobertura del componente psicosocial en departamentos y distritos, asignación de recursos, fortalecimiento del sistema de seguimiento y monitoreo, y desarrollo de plenarios y jornadas de seguimiento. Finalmente, durante el 2015 al 2018 se avanzó en la actualización y socialización del protocolo de atención integral en salud, jornadas de seguimiento y diálogo, validación de orientaciones metodológicas, y socialización en mesas municipales. Así como en el acompañamiento a la implementación en varios departamentos, mejoramiento de indicadores, profundización de orientaciones metodológicas y gestión de recursos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

El MSPS define la Rehabilitación Integral e Inclusión Social como un proceso continuo y coordinado para lograr el mejor desempeño en aspectos físicos, psicológicos, educativos, sociales y ocupacionales, con el objetivo de lograr la igualdad de oportunidades y la inclusión social. Sin embargo, se señala una diferencia importante entre el enfoque de Colombia (Papsivi) y otros países de la región, ya que mientras algunos se centran en la contribución a la reparación y el tratamiento de complicaciones de salud, Colombia busca garantizar la rehabilitación física, mental y psicosocial de todas las víctimas. Esto puede implicar un desafío adicional debido a las diversas circunstancias individuales de las víctimas y los recursos disponibles.

Dentro del componente de atención psicosocial se busca favorecer la recuperación y disminución de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional experimentados por las víctimas, sus familias, comunidades y grupos étnicos, como consecuencia de las violaciones graves a los Derechos Humanos

y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario derivados del conflicto armado.

Este enfoque abarca diversos niveles de atención, incluyendo el individual, familiar, comunitario y colectivo étnico, en línea con la naturaleza multifacética del daño psicosocial causado por el conflicto. Este componente se divide en varias etapas:

1. **Alistamiento y análisis de contexto:** Se realiza un análisis de las características específicas del territorio, incluyendo la comprensión de cómo se manifiesta y afecta el conflicto armado en la zona.

2. **Focalización y priorización:** Se identifican y priorizan las víctimas en base al Registro Único de Víctimas y decisiones judiciales nacionales e internacionales. Así como los territorios catalogados como PDET o ZOMAC.

3. **Acercamiento y reconocimiento:** Se inicia el abordaje de las víctimas y sus grupos, donde se busca entender cómo han sido impactados por el conflicto y cómo han enfrentado estas situaciones, por medio de los promotores psicosociales, quienes son víctimas reconocidas.

4. **Inicio de planes de trabajo concertados:** Se desarrollan sesiones de atención en modalidades individual, familiar y comunitaria, siguiendo pautas metodológicas y frecuencia predefinida.

5. **Valoración de continuidad o cierre/seguimiento:** Se evalúa la necesidad de continuar o finalizar el proceso de atención, de acuerdo con los objetivos planteados al principio.

La prestación de atención psicosocial es llevada a cabo por equipos de profesionales en disciplinas como ciencias humanas, sociales, de la salud y promoción psicosocial. Estos equipos están compuestos por individuos que son víctimas del conflicto armado y que tienen experiencia trabajando en comunidades vulnerables. Estos profesionales están debidamente entrenados y cuentan con experiencia específica en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado.

Por su parte, el componente de Atención Integral en Salud – Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial abarca una gama completa de actividades y procesos relacionados con la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Su objetivo es satisfacer las necesidades de salud física y mental de las víctimas del conflicto armado. El Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial para estas víctimas se basa en la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), garantizando igualdad de acceso y abordaje integral de la salud.

Las Entidades Territoriales, Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud colaborarán para satisfacer las necesidades de salud de las víctimas. La atención integral de salud a las víctimas del conflicto armado extiende la asistencia previamente ofrecida e incorpora acciones de rehabilitación en salud física y mental, siguiendo los principios del SGSSS y los principios de atención a víctimas según el Papsivi.

En la implementación de esta atención, diversos actores como las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Administradoras del Plan de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud trabajarán de manera coordinada para abordar de manera preferente y diferenciada el daño causado por el conflicto armado en las víctimas. El Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial se dirige a profesionales de la salud, víctimas del conflicto armado y sus familias, orientando las acciones de asistencia y rehabilitación en el marco del SGSSS.

El Protocolo considera la modalidad ambulatoria y niveles de complejidad en la atención en salud, así como el enfoque psicosocial del Papsivi. Dada la diversidad en los daños físicos y mentales debido a diferentes formas de violencia y características individuales, se adapta la atención a las necesidades específicas de cada víctima, considerando factores como género, etnia, discapacidad, entre otros.

Para grupos étnicos, el Protocolo propone medidas de atención en salud que reconozcan sus particularidades, considerando sus comunidades, prácticas de

medicina tradicional y formas de relacionarse con el mundo. El Protocolo busca establecer un proceso de atención integral en salud desde un enfoque psicosocial para mitigar daños, transformar condiciones de salud y garantizar el cumplimiento de los derechos de las víctimas del conflicto armado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Mediante la resolución 1050 de 2016 el Ministerio de Salud y Promoción Social se definen los criterios para la distribución y asignación de recursos para la implementación del "Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado" (PAPSIVI), ya que este es un programa que se ha implementado a lo largo del territorio nacional de forma progresiva. Dentro de los criterios de asignación de recursos para la implementación del programa se incluyen factores como el número de víctimas afectadas por el conflicto en cada departamento y municipio, el cumplimiento de las metas de atención a las víctimas del año anterior, la ejecución efectiva de los recursos previamente asignados, la priorización de municipios en escenarios de posconflicto, el número de víctimas atendidas en años anteriores, y asignaciones de recursos anteriores a entidades territoriales.

En conclusión, los procesos de rehabilitación del Papsivi contribuyen a mitigar los daños en la salud física, mental y psicosocial de las víctimas que participan voluntariamente. Sin embargo, no se puede garantizar un retorno completo a las condiciones anteriores al hecho victimizante, donde la participación consciente de los beneficiarios es fundamental para lograr la rehabilitación dentro del marco legal establecido.

## **2.2. Evaluación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (Papsivi) – Ministerio de Salud y Protección Social**

En el año 2020 se expidió el Informe Final - Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, el cual realizó una evaluación al programa PAPSIVI tras seis años de su implementación realizando un análisis descriptivo buscando fortalezas y opciones de mejora. De acuerdo con el informe, la evaluación de Papsivi muestra que cumple con las medidas de

asistencia y reparación para la población víctima del conflicto, tal como lo establece la Ley 1448 de 2011 y el Decreto 4800 de 2011. La participación de las víctimas y otros actores en el diseño del programa ha ayudado a establecer directrices para abordar las necesidades en salud física, mental y psicosocial a través de diferentes componentes y estrategias. La implementación del programa involucra al MSPS, Secretarías de Salud a nivel departamental y distrital, así como el Subcomité de Medidas de Rehabilitación a nivel nacional.

Sin embargo, el informe afirma que, existen desafíos importantes, como barreras geográficas, dispersión poblacional, falta de transporte y condiciones rurales en las zonas más alejadas del país. Además, los retrasos en la contratación de operadores afectan la continuidad de los procesos debido a procedimientos de contratación pública y factores internos relacionados con la gestión de acuerdos, preparación de nuevos procesos, transferencia de recursos, convocatorias y coordinación con entidades territoriales, lo que ralentiza la implementación del programa. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, S. 122)

Con respecto a la evaluación de la implementación del componente de salud integral en el marco del Papsivi dentro de los hallazgos se establece que la afiliación al SGSSS es el principal indicador para medir el acceso a las medidas de rehabilitación. Durante el período de análisis (2014-2018), la afiliación de víctimas aumentó significativamente, pasando de un 74,3% a un 92,6%. Aunque esto representa un incremento en la cobertura de salud para víctimas, aún hay un margen de mejora para lograr la garantía universal del derecho a la salud.

Por otra parte, el informe afirma que se identificó una relación positiva entre las personas que acceden al proceso de atención psicosocial y el indicador de aseguramiento, lo cual, según los autores, 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 dentro de la evaluación, donde se identificó que el 47% de las víctimas manifestaron demandar servicios en salud por sugerencia de los profesionales psicosociales del Papsivi. Los autores afirman que: << esto sugiere 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>>. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, S. 124)

Con relación a la implementación del componente psicosocial del Papsivi la evaluación determina que los resultados del índice de percepción de recuperación muestran un avance en la recuperación emocional a medida que avanza el proceso. Además, el índice de valoración de la rehabilitación indica que el programa de atención psicosocial es eficaz en su contribución a la recuperación emocional, con un alto nivel de satisfacción entre las personas víctimas en todas las modalidades de atención. Al analizar el motivo de cierre de las sesiones de atención psicosocial, se encontró que, en su mayoría las personas atendidas afirmaron alcanzar las metas propuestas, lo que refleja un alto nivel de cumplimiento de los objetivos de las sesiones.

Las personas atendidas valoraron positivamente el proceso de atención psicosocial por su contribución a la recuperación emocional y la rehabilitación física y mental. Destacaron aspectos como la generación de confianza, la creación de vínculos, la motivación para buscar la unión familiar y el acceso a espacios de acompañamiento y convivencia con otras personas. También informaron sobre la superación de miedos, el crecimiento personal y la motivación para participar como líderes comunitarios y en asuntos políticos con el propósito de apoyar a otras personas y expresar sus ideas. Finalmente, con relación al trato otorgado por el profesional psicosocial, se evaluó el trato como bueno o muy bueno, destacando la calificación positiva por el respeto y el continuo acompañamiento proporcionado durante las sesiones. Estos resultados indican un alto nivel de satisfacción con el trato recibido. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, S. 128)

A pesar de lo anterior, esta evaluación resulta de herramientas de análisis descriptivas las cuales, a causa de la poca disponibilidad de datos, no consiguen profundizar en estrategias de continuidad del usuario, aumento de la cobertura y eficiencia en el manejo de los recursos públicos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Por lo cual, el presente documento pretende realizar una aproximación de los efectos causales que tiene la implementación del componente psicosocial en el marco del Papsivi en la demanda de atenciones

en salud mental, teniendo en cuenta la hipótesis de 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, como consecuencia de las orientaciones que tiene el componente psicosocial frente a la derivación de los servicios de salud y eliminación de las barreras de acceso.

Dentro de la evaluación realizada se analizó 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. Igualmente, los testimonios de los grupos focales indicaron que recibieron información sobre los servicios de salud a los que podían acceder, incluyendo chequeos médicos de rutina, y asesoría sobre los trámites necesarios 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.>> (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, S. 98).

De esta manera, el presente estudio busca determinar los impactos que tiene la implementación del componente psicosocial del Papsivi en el número de atenciones en procedimientos de salud mental, en el número de personas atendidas en procedimientos de salud mental, en la tasa de diagnósticos relacionado con enfermedades de salud mental y en la tasa de suicidios.

### 3. Presentación de los datos

---

Dentro del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra el cubo de información PAPSIVI con última fecha de corte a julio de 2022, al cual se tuvo acceso mediante una solicitud formal siguiendo los protocolos establecidos por el MSPS. Adicionalmente, se cuenta con acceso al cubo de información RUV proporcionado de igual forma por el MSPS con última fecha de actualización de abril de 2023. La información se integra con el cubo de información de RIPS, la cual cuenta con información a nivel de municipio de atenciones en procedimientos y diagnósticos.

El objetivo es evaluar la implementación del programa del componente psicosocial del Papsivi a nivel de municipio y de año, durante un periodo de análisis del 2009 al 2021. Para ello se integran las bases de datos antes mencionadas, obteniendo información sobre el número de personas únicas atendidas y número de atenciones en procedimientos de salud mental<sup>8</sup> y diagnósticos en salud mental<sup>9</sup>. Se evalúan varios modelos, de forma independiente, con diferentes variables dependientes con el fin de analizar el impacto del programa en cada una de ellas.

Las variables dependientes que se analizan son las siguientes:

1. Tasa de personas atendidas en procedimientos de salud mental por mil habitantes.
2. Tasa de atenciones en procedimientos de salud mental por mil habitantes.
3. Tasa de personas atendidas en procedimientos de salud mental específicamente en Intervención en crisis<sup>10</sup> por cien mil habitantes.
4. Tasa de atenciones en procedimientos de salud mental específicamente en Intervención en crisis por cien mil habitantes.

---

<sup>8</sup> Se toman los códigos del CUP 21

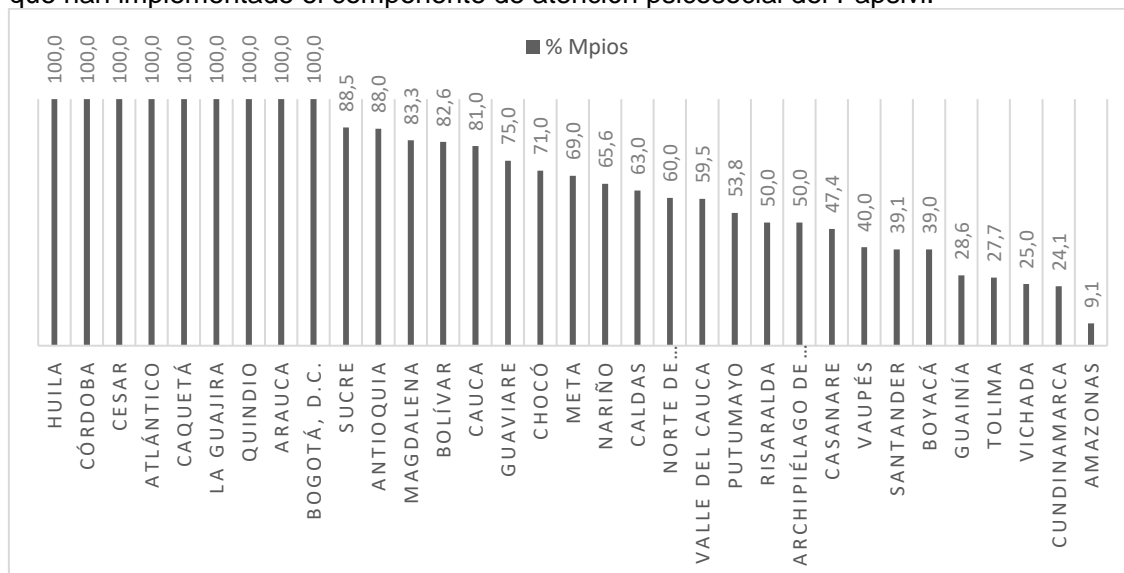
<sup>9</sup> Incluye los diagnósticos bajo los siguientes códigos del CIE10: F10-F25, F28-F34, F38-F44, F48, F50-F52, F60-F62, F80-F81, F91.

<sup>10</sup> El código de referencia en el CUP es 9435

5. Tasa de personas diagnosticadas en enfermedades de salud mental identificadas en el capítulo 5 del CIE10<sup>11</sup> por mil habitantes.
6. Tasa de personas diagnosticadas por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación<sup>12</sup> por cien mil habitantes.
7. Tasa de personas diagnosticadas por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia<sup>13</sup> por cien mil habitantes
8. Tasa de suicidio por municipio por cien mil habitantes.<sup>14</sup>

A continuación, se presentan estadísticas descriptivas de las personas que han sido atendidas en el componente de atención psicosocial del programa Papsivi, así como las personas registradas en el RUV a nivel de municipio y departamento:

Gráfica 1. Cobertura de municipios por departamento con personas víctimas del conflicto que han implementado el componente de atención psicosocial del Papsivi.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el Cubo Papsivi – fecha de corte junio de 2022 y Cubo RUV – fecha de corte abril de 2023.

De esta información, se deduce que del total de municipios a nivel nacional con personas víctimas del conflicto armado, el 62,7% ha implementado el programa Papsivi. Teniendo la menor cantidad de municipios, con población víctima, que han implementado el programa en los departamentos de Amazonas (9,1%), Cundinamarca (24,1%) y Vichada (25,0%).

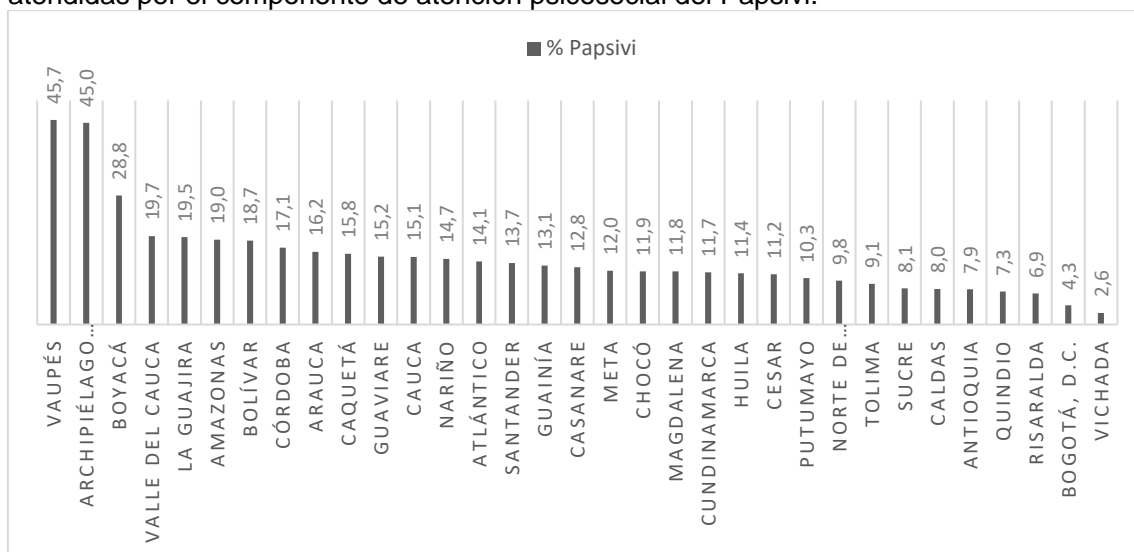
<sup>11</sup> Incluye los diagnósticos bajo los siguientes códigos del CIE10: F10-F25, F28-F34, F38-F44, F48, F50-F52, F60-F62, F80-F81, F91.

<sup>12</sup> Corresponde al código F43 del CIE10

<sup>13</sup> Corresponde a los códigos F10 al F19 del CIE10

<sup>14</sup> Se toma información de estadísticas vitales del DANE.

Gráfica 2. Porcentaje de personas víctimas del conflicto por departamento que han sido atendidas por el componente de atención psicosocial del Papsivi.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el Cubo Papsivi – fecha de corte junio de 2022 y Cubo RUV – fecha de corte abril de 2023.

La cobertura de atención del programa es baja, a nivel nacional tan solo el 11,9% de la población víctima del conflicto armado ha sido atendida en el programa, se observa una mayor cobertura en Vaupés y San Andrés, donde el 45,7% y 45,0% de la población víctima ha sido atendida, respectivamente. Por su parte, Vichada (2,6%), Bogotá (4,3%) y Risaralda (6,9%), presentan las menores tasas de cobertura.

A continuación, se presentan las estadísticas descriptivas de las variables de interés previamente mencionadas, la información presentada corresponde a las tasas calculadas para los municipios antes de la implementación del programa.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables de interés.

<b>Var. Dependiente</b>	<b>Prome dio</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1. Tasa personas atendidas en Salud mental (CUP21)	0,9396	2,5210	0	51,4365
2. Tasa atenciones en Salud mental (CUP21)	5,3100	23,4865	0	1.194,4358
3. Tasa personas atendidas por Intervención en crisis (CUP9435)	0,6621	5,0405	0	192,6937
4. Tasa atenciones por Intervención en crisis (CUP9435)	1,6151	15,0938	0	712,5891
5. Tasa diagnosticados en Enfermedades mentales (C5)	0,1243	1,0219	0	57,5812
6. Tasa diagnosticados por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)	29,918 1	104,2024	0	4.810,8108
7. Tasa diagnosticados por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia (F10-F19)	34,640 3	56,0405	0	1.640,9690
8. Tasa de suicidios por cien mil hab	3,5354	7,6356	0	104,8768

**Fuente:** Elaboración propia.

En promedio, la tasa de atenciones en salud mental es de 5,3, se presentan tasas especialmente altas con relación a los diagnósticos de Reacción al estrés, así como por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia, siendo en promedio de 29,9 y 34,6, respectivamente.

#### **4. Metodología del estudio**

El componente de atención psicosocial del Papsivi ha sido implementado de forma gradual y progresiva a lo largo de los municipios con víctimas de conflicto armado desde 2013, de esta manera la implementación del programa ocurre en diferentes períodos, en algunos municipios se mantiene la implementación del programa en el tiempo, mientras que en otros se presenta una implementación intermitente. Dado lo anterior, se utiliza el estimador DiD Callaway Satn'Anna (2020), que se aplica cuando existe variación en el momento del tratamiento.

Los parámetros de interés representan el ATT en el período t (fuera de T períodos) para municipios que implementan el programa en el año  $g \in G$  (el conjunto de períodos durante la implementación del programa):

$$ATT(g, t) = E [ Y_{i,t}(g) - Y_{i,t}(0) | G_{i,g} = 1 ], \text{ para } t \geq g$$

Donde:

$Y_{i,t}$ , es una de las ocho variables resultado del municipio  $i$  en el año  $t$ .  $Y_{i,t}(g)$  corresponde a su valor si el programa se implementó en el período  $g$ .  $Y_{i,t}(0)$ , denota el contrafactual en caso de no tratamiento.  $G_{i,g}$ , toma el valor de 1 si el municipio  $i$  implementó el programa en el año  $g$ , y cero de lo contrario;  $t$ , indica el periodo de 2009 a 2021;  $g$ , indica el año en el que se implementó el programa para cada municipio. El supuesto central son las tendencias paralelas.

El modelo de Callaway Satn'Anna parte del supuesto que una vez el municipio se ha identificado como tratado, se mantiene en este estado para todos los periodos. Por esta razón, en el análisis se realiza la identificación de aquellos municipios que han implementado el programa, y esta implementación se ha mantenido en el tiempo. Como consecuencia de ello, se presenta una varianza alta en algunos de los outcomes, lo cual se debe a la reducción de la muestra a nivel de municipios, teniendo en cuenta que son menos los municipios que han mantenido de manera continua la implementación del programa, lo cual está sujeto a la capacidad de cada municipio para implementar el programa, y mantener su implementación. Sin embargo, como análisis complementario se realiza una segunda especificación donde se incluye todos los municipios que han iniciado la implementación del programa, aun sin mantener continuidad en el tiempo, se presenta como un ejercicio complementario, y se anexa en el apéndice del documento.

## 5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados, para cada una de las variables de interés, al incluir como tratados aquellos municipios que han implementado el programa y han continuado con la implementación del mismo a lo largo del periodo de estudio:

Tabla 2. Principales resultados del modelo de diferencias en diferencias con municipios con continuidad del programa

Var. Dependiente	ATT	Std. Error	[ 95% Conf. Int.]		Significancia
1. Tasa personas atendidas en Salud mental (CUP21)	0,578	0,2378	0,1119	1,0442	*
2. Tasa atenciones en Salud mental (CUP21)	6,0129	3,2082	-0,2751	12,3009	
3. Tasa personas atendidas por Intervención en crisis (CUP9435)	1,52	0,9044	-0,2526	3,2927	
4. Tasa atenciones por Intervención en crisis (CUP9435)	4,137	3,5646	-2,8495	11,1235	
5. Tasa diagnosticados en Enfermedades mentales (C5)	1,2712	0,5148	0,2621	2,2802	*
6. Tasa diagnosticados por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)	0,2014	5,8471	-11,2587	11,6615	
7. Tasa diagnosticados por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia (F10-F19)	25,0777	6,0419	13,2358	36,9195	*
8. Tasa de suicidios por cien mil hab	-0,3881	0,6447	-1,6517	0,8755	

**Fuente:** Elaboración propia.

Para los modelos 1, 5 y 7 son modelos significativos y es plausible pensar que se cumple el supuesto de tendencias paralelas, por lo que se observa en la Gráfica 3. En el modelo 1 se cumple que no hay diferencias entre municipios antes de la implementación del programa, sin embargo, a partir del tercer año de implementación del programa se evidencia un aumento de 0,57 personas que reciben atención en salud mental por cada mil habitantes, siendo significativo a un nivel de confianza de 95%. En los modelos 2, 3 y 4, que hacen referencia a la tasa de atenciones en salud mental, las personas atendidas y atenciones en el procedimiento de intervención en crisis, a pesar de no ser significativas, se observa un efecto positivo, lo que es un indicativo que la implementación del programa aumentó el número de atenciones en los procedimientos específicos

de intervención en crisis, así como en las atenciones en procedimientos de salud mental.

Con relación a la tasa de personas diagnosticadas bajo enfermedades mentales (modelo 5), los resultados son significativos a un nivel de confianza del 95%, e indican que a partir del cuarto año de implementación del programa aumentó en 1,27 las personas diagnosticadas en enfermedades de salud mental por cada mil habitantes. Para la tasa de personas diagnosticadas por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación, a pesar de que los resultados no son significativos, se evidencia un efecto positivo, de lo cual se puede intuir que como consecuencia de la implementación del programa hubo un aumento en el número de personas diagnosticadas por esta enfermedad.

En el modelo 7, se encuentra un efecto positivo y estadísticamente significativo del programa, donde a partir del cuarto año de implementación del programa se presenta un aumento de 25,07 personas diagnosticadas por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia<sup>15</sup> por cien mil habitantes. Finalmente, en el modelo 8, a pesar de que los resultados no son significativos, se evidencia un efecto negativo en la Tasa de suicidios por cada cien mil habitantes, lo que intuitivamente indica que, como consecuencia del programa, hay una reducción en la tasa de suicidios por cien mil habitantes. Con relación a estos resultados, es importante tener en cuenta que la tasa de suicidios corresponde a nivel municipal y la tasa de cobertura del programa como se evidenció anteriormente es baja, por lo que se tienen limitaciones en la información para lograr afirmar que este efecto sea estadísticamente significativo.

De estos resultados, se puede concluir que como consecuencia de la implementación del componente de atención psicosocial del Papsivi, ha aumentado la tasa de personas atendidas en procedimientos de salud mental, así como la tasa de diagnósticos en enfermedades mentales y la tasa de diagnósticos por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia. Por lo cual, estos resultados respaldan la hipótesis de

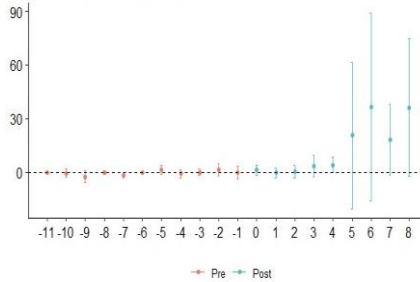
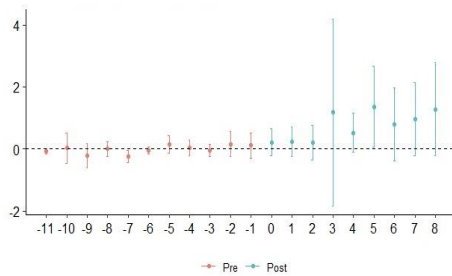
---

<sup>15</sup> Corresponde a los códigos F10 al F19 del CIE10

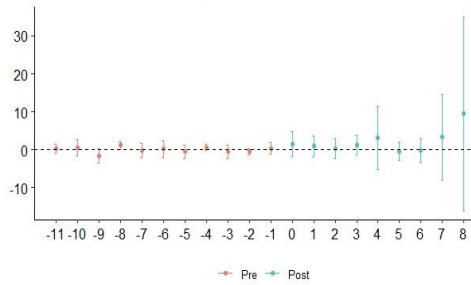
que el acceso al proceso de atención psicosocial fortalece el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud en el marco del SGSSS.

Gráfica 3. Principales resultados del modelo de diferencias en diferencias con municipios con continuidad del programa

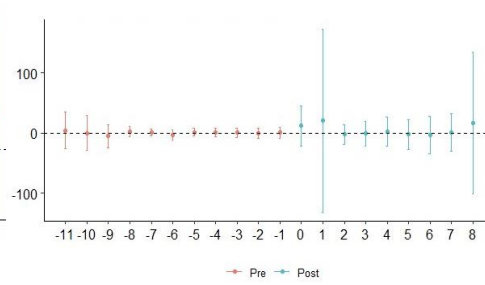
1. Tasa personas atendidas en Salud mental (CUP21) 2. Tasa atenciones en Salud mental (CUP21)



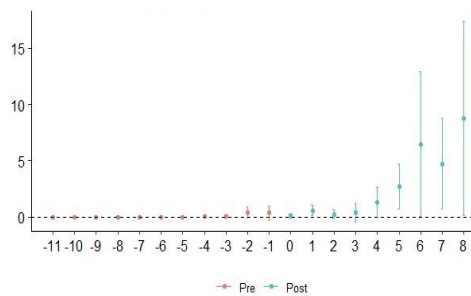
3. Tasa personas atendidas por Intervención en crisis (CUP9435)



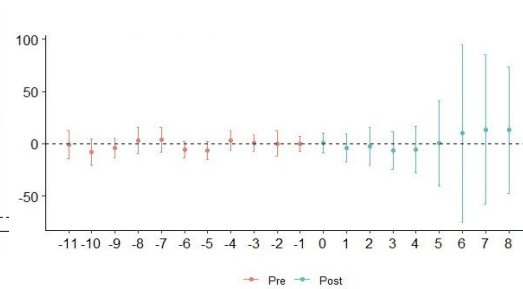
4. Tasa atenciones por Intervención en crisis (CUP9435)



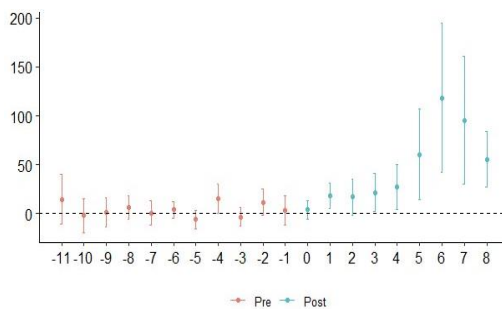
5. Tasa diagnosticados en Enfermedades mentales (C5)



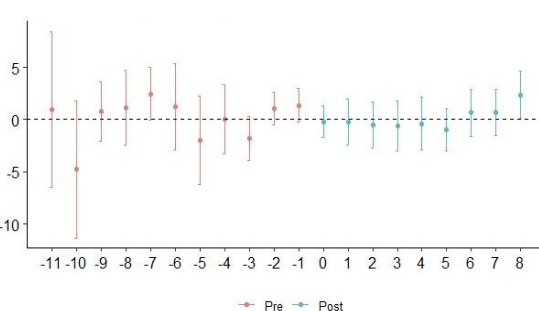
6. Tasa diagnosticados por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)



7. Tasa diagnosticados por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia (F10-F19)



8. Tasa de suicidios por cien mil hab



Fuente: Elaboración propia.

## 6. Limitaciones y sugerencias para futuros trabajos

---

En resumen, esta investigación ha proporcionado una visión integral de los efectos de la implementación del componente psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi) en la demanda de atenciones en salud mental. Sin embargo, es importante reconocer que el estudio tiene sus limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la falta de una especificación detallada del modelo que tenga en cuenta el número de personas atendidas por municipio como una medida de intensidad en la aplicación del programa. Esta omisión puede haber llevado a la pérdida de información importante y a la simplificación de la relación entre la implementación del programa y la demanda de servicios de salud mental. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones realicen una especificación más detallada del modelo que incluya el número de personas atendidas por municipio como una medida de intensidad en la aplicación del programa. Esto permitirá una comprensión más precisa de cómo la implementación del Papsivi se relaciona con la demanda de servicios de salud mental en diferentes contextos.

De igual forma, no se abordaron los efectos heterogéneos que podrían surgir debido a las diferencias en la capacidad estatal local. Futuras investigaciones podrían considerar la incorporación de medidas de capacidad estatal local como variables moderadoras para comprender mejor cómo la implementación del Papsivi impacta de manera diferencial en áreas con diferentes niveles de recursos y capacidad administrativa. Esto ayudará a identificar las condiciones en las que el programa puede ser más efectivo y en qué contextos podría requerir adaptaciones.

El análisis estadístico realizado no abordó completamente el problema de las pruebas múltiples (Multiple Hypothesis Testing), lo que podría haber influido en la significación de algunas de las relaciones analizadas. Es fundamental que futuros estudios incorporen correcciones apropiadas para abordar esta preocupación y garantizar la robustez de los hallazgos. Se aconseja el uso de

correcciones de pruebas múltiples para controlar el riesgo de falsos positivos y garantizar resultados más confiables.

En última instancia, este trabajo proporciona una base sólida para futuras investigaciones que buscan comprender los efectos de programas similares de atención psicosocial y salud integral a víctimas. La incorporación de estas sugerencias permitirá un avance significativo en la comprensión de cómo abordar las necesidades de salud mental de las poblaciones afectadas por conflictos armados y otros eventos traumáticos.

## **7. Conclusiones y discusión**

---

Los resultados anteriores sugieren que la implementación del programa Papsivi ha tenido un efecto positivo en el número de personas únicas atendidas en procedimientos de salud mental, así como en el número de personas diagnosticadas por enfermedades mentales, y personas diagnosticadas por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia, esto para los municipios donde se ha implementado el programa de atención psicosocial Papsivi. Este último resultado, sugiere que las personas víctimas del conflicto, quienes han sido expuestas a situaciones estresantes y de violencia, tienen mayores índices de consumo de sustancias psicoactivas, y con la implementación del programa aumentó la tasa de diagnóstico, en línea con la evidencia existente sobre la relación entre la violencia, los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. (Casa M, 2013).

Estos resultados respaldan la efectividad del programa en mejorar la atención y el acceso a servicios de salud por parte de las personas víctimas del conflicto armado, garantizando el proceso de rehabilitación psicosocial, al contribuir con el acceso a servicios de salud y la identificación de enfermedades en torno a la salud mental. La atención médica en salud mental permite identificar y diagnosticar adecuadamente los problemas que están afectando a la población víctima, lo cual es esencial para comprender la naturaleza del problema y desarrollar un plan de tratamiento efectivo. De igual forma, la atención temprana y el diagnóstico adecuado pueden ayudar a prevenir el empeoramiento de los problemas de salud mental y el desarrollo de otras enfermedades. La evidencia

indica que las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. (OMS., 2022)

Cuanto antes se detecte y se aborde un trastorno, mejores serán las perspectivas de recuperación y calidad de vida. Recibir atención médica y un diagnóstico también puede contribuir a reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental, cuando las personas obtienen un diagnóstico y buscan tratamiento, se normaliza la conversación sobre la salud mental, lo que puede ayudar a eliminar el estigma y promover la aceptación. Esto es crucial teniendo en cuenta que, debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, discriminación y restricciones en sus derechos económicos, sociales y civiles. Esto puede llevar a condiciones de vida inhumanas, abusos y marginación, lo que representa un obstáculo importante para el proceso de rehabilitación y superación de los episodios traumáticos de las víctimas del conflicto. (OMS, 2022)

Finalmente, la atención en salud mental puede proporcionar a las personas acceso a recursos y apoyo adicionales, lo que puede incluir grupos de apoyo, terapeutas, consejeros y organizaciones de salud mental que pueden ayudar a las personas a sobrellevar sus desafíos y aprender estrategias para mejorar su bienestar emocional, llevando a una mejora significativa en la calidad de vida.

Si bien los resultados presentados evidencian efectos positivos en la atención en los procesos de salud mental y tasa de diagnósticos de salud mental, esto constituye a penas una primera aproximación a los efectos que ha tenido el programa sobre la población víctima. Existen fuertes limitaciones con relación a la información disponible para dar un mayor alcance a la evaluación del programa en términos de indicadores de calidad de vida, por lo que se plantea

la necesidad de integrar mayores fuentes de información por parte de los hacedores de políticas públicas para que desde esta dimensión se pueda lograr una mayor comprensión de los efectos de este tipo de programas de atención psicosocial en la calidad de vida de las personas.

Invertir en una salud mental para todos y en especial para las personas víctimas es fundamental para cerrar la enorme brecha que existe en la atención de salud y reducir las desigualdades en la salud mental. Según la OMS, la inversión en salud mental puede permitir el desarrollo social y económico. Una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. Por el contrario, cuando las personas gozan de buena salud mental y viven en entornos favorables, pueden aprender y trabajar bien, así como ayudar a sus comunidades en beneficio de todos.<sup>16</sup>

Dado que las causas y necesidades de la salud mental son intersectoriales, es esencial que las leyes y políticas destinadas a mejorar la salud mental aborden todos los sectores. Complementar las intervenciones de salud como es el programa Papsivi, con servicios sociales clave, como la protección de la infancia y el acceso a la educación, el empleo y la protección social, es esencial para que las personas víctimas del conflicto y con trastornos mentales puedan alcanzar sus objetivos de recuperación y vivir una vida más satisfactoria y plena.

---

<sup>16</sup> (OMS., 2022)

## 8. Apéndice

Tabla 3. Principales resultados del modelo de diferencias en diferencias para todos los municipios que implementan el programa, a pesar de no mantener continuidad en el tiempo de estudio.

Var. Dependiente	ATT	Std. Error	[ 95% Conf. Int.]	Significancia
1. Tasa personas atendidas en Salud mental (CUP21)	0,261	0,1015	0,0621	0,46 *
2. Tasa atenciones en Salud mental (CUP21)	4,0594	1,2182	1,6717	6,4472 *
3. Tasa personas atendidas por Intervención en crisis (CUP9435)	0,2932	0,2508	-0,1984	0,7848
4. Tasa atenciones por Intervención en crisis (CUP9435)	-1,0623	1,1058	-3,2295	1,105
5. Tasa diagnosticados en Enfermedades mentales (C5)	0,17	0,0417	0,0884	0,2517 *
6. Tasa diagnosticados por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)	-9,1575	5,2132	-19,3752	1,0602
7. Tasa diagnosticados por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia (F10-F19)	9,0131	2,1809	4,7387	13,2876 *
8. Tasa de suicidios por cien mil hab	0,4183	0,3005	-0,1707	1,0072

**Fuente:** Elaboración propia.

Para los modelos 1, 2, 5 y 7 son modelos significativos y es plausible pensar que se cumple el supuesto de tendencias paralelas, por lo que se observa en la Gráfica 4. En el modelo 1 se cumple que no hay diferencias entre municipios antes de la implementación del programa, sin embargo, a partir del segundo año de implementación del programa se evidencia un aumento de 0,26 personas que reciben atención en salud mental por cada mil habitantes, siendo significativo a un nivel de confianza de 95%. De igual forma en el modelo 2, se observa a partir del tercer año de implementación del programa un aumento de 4,05 atenciones en salud mental por cada mil habitantes con un nivel de significancia del 95%.

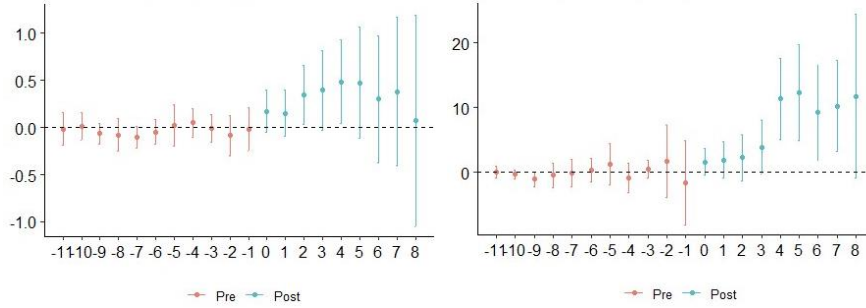
En los modelos 3 y 4, que hacen referencia a las personas atendidas y atenciones en el procedimiento de intervención en crisis, a pesar de no ser significativas, en el caso de la tasa de atenciones se observa un efecto negativo, lo que es un indicativo que la implementación del programa redujo el número de atenciones en los procedimientos específicos de intervención en crisis.

Con relación a la tasa de personas diagnosticadas bajo enfermedades mentales (modelo 5), los resultados son significativos a un nivel de confianza del

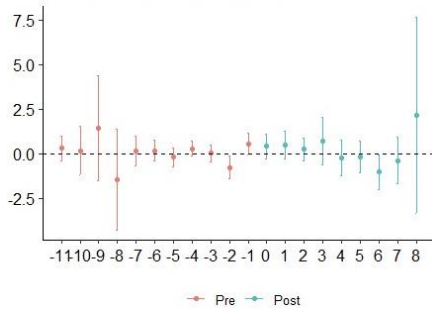
95%, e indican que a partir del tercer año de implementación del programa aumento en 0,17 las personas diagnosticadas en enfermedades de salud mental por cada mil habitantes.

Gráfica 4. Principales resultados del modelo de diferencias en diferencias

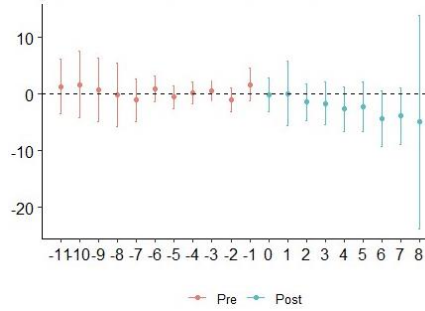
1. Tasa personas atendidas en Salud mental (CUP21) 2. Tasa atenciones en Salud mental (CUP21)



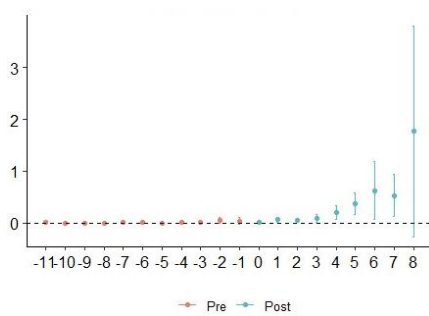
3. Tasa personas atendidas por Intervención en crisis (CUP9435)



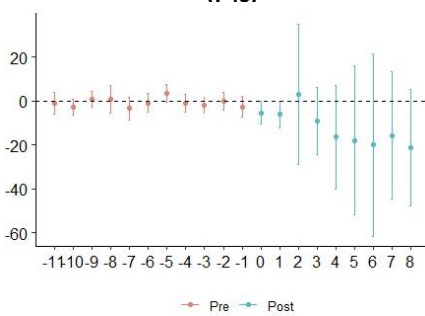
4. Tasa atenciones por Intervención en crisis (CUP9435)



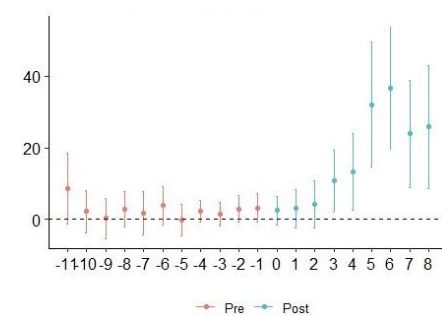
5. Tasa diagnosticados en Enfermedades mentales (C5)



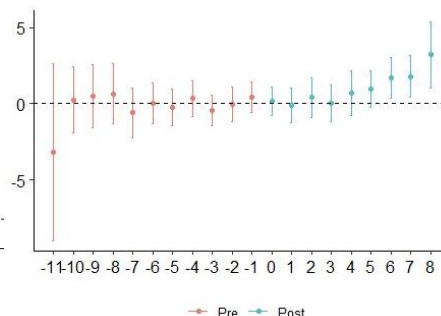
6. Tasa diagnosticados por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)



7. Tasa diagnosticados por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia (F10-F19)



8. Tasa de suicidios por cien mil hab



Fuente: Elaboración propia

Para la tasa de personas diagnosticadas por Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación, a pesar de que los resultados no son significativos, se evidencia un efecto negativo, se lo cual se puede intuir que como consecuencia de la implementación del programa hubo una reducción en el número de personas diagnosticadas por esta enfermedad.

En el modelo 7, se encuentra un efecto positivo y estadísticamente significativo del programa, donde a partir del cuarto año de implementación del programa se presenta un aumento de 9 personas diagnosticadas por Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de algún tipo de sustancia<sup>17</sup> por cien mil habitantes. Finalmente, en el modelo 8, a pesar de que los resultados no son significativos, se evidencia un efecto positivo en la Tasa de suicidios por cada cien mil habitantes. Con relación a estos resultados, es importante tener en cuenta que la tasa de suicidios corresponde a nivel municipal y la tasa de cobertura del programa como se evidenció anteriormente es baja, por lo que se tienen limitaciones en la información para lograr afirmar que este efecto sea estadísticamente significativo.

## 9. Referencias

---

- Agudelo-Vélez, D. M. (2018). Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención. *Revista de Estudios Sociales*, 66:2-8. Obtenido de <https://doi.org/10.7440/res66.2018.01>
- Archer, T. (2017). Trauma, Traumatization and Adverse Environments in War and Armed-Conflict. *Clinical and Experimental Psychology*, 03(03).
- Benjet C, C. L.-M. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedades. *Salud pública Méx.*, 55(3): 248-256.
- Bocanegra, M. (2015). Arte, discapacidad y pos-conflicto en Colombia. *Revista Eleuthera*, 12:131-140. Obtenido de <https://doi.org/10.17151/eleu.2015.12.7>
- Bogic, M. A. (2015). Long-Term Mental Health of War-Refugees: A Systematic Literature Review. *BMC International Health and Human Rights*, 15:29. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Borda Bohigas., J. P. (2015). Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (1): 41-49. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>
- Casa M, G. J. (2013). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Volumen 14. Edición 1. Madrid. Obtenido de <http://bit.ly/2QRv0UU>.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2004). *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas*.

---

<sup>17</sup> Corresponde a los códigos F10 al F19 del CIE10

- Cuevas C, R. Y. (2011). ¿Están relacionadas la obesidad y otras enfermedades físicas con la enfermedad mental? *Rev de psiquiatr Salud Ment*, 4(3): 119-125.
- Gobierno de Chile. (2021). *Monitoreo y Seguimiento: Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)*.
- Gómez-Restrepo, C. V.-R.-r.-R. (2018). Salud mental en niños desplazados por conflicto armado - Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51-57.
- Gutierrez, M. (Febrero de 2018). *Negar el pasado: reparaciones en Guatemala y El Salvador*. Obtenido de <https://doi.org/10.7440/colombiaint97.2019.07>
- Illness, National Alliance on Mental Illness. . (2016). Diagnostico doble: abuso de sustancias y enfermedad. *National Alliance on Mental*. Obtenido de <http://bit.ly/2Djyura>
- Jiménez-Castro L, R.-V. H. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas de la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(2):123-30.
- M. Ridley, G. R. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - Papsivi. Documento Marco*. Bogotá, Colombia: Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Julio de 2020). *Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI Informe Final*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/resumen-ejecutivo-fasel-eval-papsivi.pdf>
- Moya, A. (2018). Violence, Psychological Trauma, and Risk Attitudes: Evidence from Victims of Violence in Colombia. *Journal of Development Economics*, 131: 15-27. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2017.11.001>
- MSPS - Oficina de Promoción Social. (2017). *Documento marco: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado*. Bogotá.
- OMS. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*.
- OMS. (2022). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*.
- ONU. (1984). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o*. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Salud mental: mayores necesidades, acceso limitado*. Obtenido de <http://bit.ly/2OhgZOL>.
- PAPSIVI. (2017). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado*. Bogotá D.C.
- Peña, R. B. (2019). *Guía práctica para la Evaluación de Impacto*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Raquel Bernal, X. P. (2012). Guía práctica para la evaluación de impacto. *Universidad de los Andes*, 81-83.
- Registro Único de Víctimas. (2023).
- Restrepo-Zea JH, S.-M. C.-R.-D. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* , 13(27): 242-265.
- Roberts, B. E. (2009). Post-Conflict Mental Health Needs: A Cross-Sectional Survey of Trauma, Depression and Associated Factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*, 9:7. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-7>
- Steel, Z. T. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events with Mental Health Outcomes among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*, 302 (5): 537-549. Obtenido de <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

- Vicario A, D. I. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. . *Salud y sociedad*, 7(3): 254-69.
- Zamora-Rondón, D. C.-A.-A. (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Salud Publica*, 21 (2): 175-180. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/71638/74048>
- Zapata, R. M. (2019). *Evaluación de la Implementación de las Políticas Públicas de Reparaciones en salud mental, para atender las secuelas de la Violencia Política en el Perú del período 1980 al 2000 en regiones priorizadas*. Lima, Perú: Universidad César Vallejo.