

# ALL SURVIVORS PROJECT



© Brian Stauffer / ASP

## Fortaleciendo la Atención en Salud Centrada en la Víctima Para Hombres y Niños Víctimas de Violencia Sexual Relacionada con los Conflictos en Colombia

Septiembre 2023

---

# ALL SURVIVORS PROJECT

---

All Survivors Project (ASP) es una organización internacional no gubernamental que apoya esfuerzos a nivel global para erradicar la violencia sexual relacionada con los conflictos (VSRC) y fortalecer las respuestas nacionales e internacionales a ella por medio de la investigación y la acción sobre VSRC contrahombres y niños. ASP lleva trabajando en el apoyo al acceso a la justicia de las víctimas/sobrevivientes de género masculino en Colombia desde 2020.<sup>1</sup>

Septiembre 2023

© 2023 All Survivors Project  
Derechos reservados

Ilustración de portada © Brian Stauffer / ASP

---

1 Para más información sobre el trabajo de ASP en Colombia, véase *Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Violencia Sexual contra Hombres y Niños en el Conflicto Armado en Colombia*, 19 Junio 2022, <https://allurvivorsproject.org/deponer-las-armas-retomar-las-almas-laying-down-arms-reclaiming-souls/>

## Agradecimientos

ASP desea transmitir el más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que participaron en el estudio por dedicar su tiempo generosamente y hablar de sus experiencias en las entrevistas, las reuniones de validación y los talleres. Damos las gracias especialmente a los hombres de género masculino víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual relacionada con los conflictos (VSRC), cuyas reflexiones sobre sus experiencias al acceder a la atención en salud constituyen la base de este informe. Agradecemos a la Red de Mujeres Víctimas y Profesionales (RMVP) y a los Grupos Focales de Hombres Víctimas de Violencia Sexual por su apoyo en la convocatoria de las víctimas y en informar el diseño de la investigación.

También nos gustaría agradecer las valiosas contribuciones y la experiencia de Elisabet le Roux, Directora de Investigación de la Unidad de Investigación sobre Religión y Desarrollo de la Universidad de Stellenbosch, incluido su papel en la formación de los recopiladores de datos para este estudio y por su apoyo en el análisis de los datos y la redacción de este informe. También deseamos transmitir nuestro agradecimiento a Zandra Morales y Marcela Romero por el apoyo psicológico aportado durante los talleres con víctimas/sobrevivientes en Colombia y a Rosa Rodríguez por apoyar la transcripción de las entrevistas.

ASP está agradecida con los miembros del Grupo Asesor de Investigación (GAI) por su colaboración y orientación durante el proyecto de investigación multipaís centrado en los sobrevivientes del que forma parte este informe sobre Colombia. Aimé Moninga, Nadine Tunasi, Pieter Ventevogel, Eva Deplecker, Fatma Hacioglu, Corine Ornella Charlotte Mboumoua, Murielle Volpellier, Esther Dingemans y Jennifer Rumbach han aportado valiosas ideas durante todo el proyecto. Por último, desde ASP damos las gracias a María Susana Peralta, miembro del consejo consultivo, y a Nadine Tunasi, miembro del GAI, por sus comentarios sobre este informe, así como a Angie Carrascal, Referente en Violencia Sexual de Médicos sin Fronteras, por la revisión del mismo.

# Índice

Definiciones .....	6
Acrónimos.....	7
Resumen Ejecutivo.....	8
<b>1. Introducción</b>	<b>18</b>
<b>2. Metodología</b>	<b>20</b>
<b>3. Antecedentes</b>	<b>24</b>
3.1 Conflicto armado y VSRC en Colombia	24
3.2 El derecho a la salud, su aplicación y las reformas previstas del sistema de salud	26
3.3 La atención en salud como reparación para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC	29
3.4 Reparaciones para las víctimas del conflicto según el Acuerdo Final de Paz de 2016	31
<b>4. Daños sufridos por las víctimas/sobrevivientes de la VSRC</b>	<b>34</b>
4.1 Daño físico	34
4.2 Efectos psicológicos y psicosociales	35
4.3 Efectos socioeconómicos	37
<b>5. Obstáculos a la asistencia en salud</b>	<b>38</b>
5.1 Obstáculos a nivel estructural	40
5.2 Obstáculos a nivel organizacional	49
5.3 Obstáculos a nivel comunitario	56
5.4 Obstáculos a nivel individual	59
<b>6. La atención en salud centrada en el sobreviviente desde la perspectiva de los hombres víctimas/sobrevivientes de género masculino y de los informantes clave</b>	<b>62</b>
6.1 Perspectivas de las víctimas/sobrevivientes sobre la atención centrada en el sobreviviente	62
6.2 Perspectivas de los informantes clave sobre la atención centrada en el sobreviviente	64

<b>7. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>66</b>
7.1 Recomendaciones generales	67
7.2 Recomendaciones a nivel estructural	67
7.3 Recomendaciones a nivel organizacional	70
7.4 Recomendaciones a nivel comunitario	71
7.5 Recomendaciones a nivel individual	72
Anexo .....	73

## Definiciones

**Violencia sexual relacionada con los conflictos (VSRC):** se refiere a “la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, el aborto forzado, la esterilización forzada, el matrimonio forzado y cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable perpetrada contra mujeres, hombres, niñas o niños que esté directa o indirectamente relacionada con un conflicto. Ese vínculo puede evidenciarse en el perfil del perpetrador, que a menudo está afiliado a un grupo armado estatal o no estatal, lo que incluye a entidades terroristas según la definición de las Naciones Unidas; el perfil de la víctima, que con frecuencia pertenece o se cree que pertenece a una minoría política, étnica o religiosa, o es atacada por razón de su orientación sexual o identidad de género reales o percibidas; o el clima de impunidad, que generalmente está relacionado con el colapso del Estado, las consecuencias transfronterizas, como el desplazamiento o la trata de personas, o violaciones de un acuerdo de cese el fuego”.<sup>2</sup>

**Respuestas en salud:** a efectos de este informe, las respuestas en salud para las víctimas/sobrevivientes se definen como aquellos servicios que proporcionan atención médica, apoyo/asesoramiento psicosocial y de salud mental, gestión de casos, derivaciones y atención medicolegal (incluidas la certificación médica o los servicios forenses).

**Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS):** La SMAPS forma parte de las respuestas en salud y se refiere a cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo proteger o promover el bienestar psicosocial o prevenir o tratar los trastornos mentales. Aunque los términos salud mental y apoyo psicosocial estén estrechamente relacionados y se solapan, suelen reflejar enfoques diferentes, aunque complementarios.<sup>3</sup>

**Víctima/sobreviviente:** Este término hace referencia a cualquier niño o adulto que haya sufrido VSRC en cualquiera de sus formas, incluida la de ser obligado a presenciar VSRC contra otra u otras personas. El término “víctima/sobreviviente” reconoce que las personas que han sufrido violencia sexual pueden identificarse como víctimas o como sobrevivientes y que cada individuo tiene derecho a elegir el lenguaje más apropiado para expresar su propia experiencia. En Colombia, el término “víctima” en lugar de “sobreviviente” se utiliza habitualmente tanto en documentos oficiales como por parte de las propias víctimas/sobrevivientes.

**Orientación sexual, identidad de género, expresión de género o características sexuales (OSIGEGCS):** se refiere al género o géneros por los que una persona se siente atraída sexual o emocionalmente (orientación sexual), a la forma en que una persona identifica o expresa su género (que puede corresponder o no con su sexo asignado) (por ejemplo, la forma de vestir, la apariencia, la forma de hablar, el comportamiento o la forma de expresarse) y a las características sexuales primarias de una persona (por ejemplo, los genitales o la estructura cromosómica y hormonal) y a las características sexuales secundarias (por ejemplo, la masa muscular, el pelo o la estatura).<sup>4</sup>

---

2 Secretario General de las Naciones Unidas, informe: Violencia Sexual relacionada con los Conflictos, 29 de marzo de 2022, ONU Doc. S/2022/272.

3 Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, 1 de junio de 2007, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental>

4 ARC International, Instituto de Derechos Humanos de la Asociación Internacional de Abogados y Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA), *Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, and Sex Characteristics at the Universal Periodic Review*, noviembre de 2016, (en inglés), <https://arc-international.net/research-and-publications/research-and-analysis/sexual-orientation-gender-identity-and-expression-and-sex-characteristics-at-the-universal-periodic-review/>. Véanse también los Principios de Yogyakarta (2006), que abordan una amplia gama de normas internacionales de derechos humanos y su aplicación a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género (también Principios de Yogyakarta +10 (2017), <http://yogyakartaprinciples.org/>

# Acrónimos

<b>CESCR</b>	(ONU) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>CNMH</b>	Centro Nacional de Memoria Histórica
<b>CRAV</b>	Centro Regional de Atención y Reparación a Víctimas
<b>EPS</b>	Entidad Promotora de Salud
<b>EREG</b>	Estrategia de Recuperación Emocional Grupal
<b>FARC-EP</b>	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo
<b>GANE</b>	Grupo Armado No estatal
<b>IASC</b>	Comité Permanente entre Organismos (Inter-Agency Standing Committee)
<b>INMLCF</b>	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios
<b>ITS</b>	Infección de Transmisión Sexual
<b>JEP</b>	Jurisdicción Especial para la Paz
<b>LGBTI+</b>	Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OSIGEGCS</b>	Orientación Sexual, Identidad de Género, Expresión de Género o Características Sexuales
<b>PAPSIVI</b>	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
<b>PEP</b>	Profilaxis Post-Exposición
<b>PIDCP</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>RUV</b>	Registro Único de Víctimas
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SIVIGILA</b>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
<b>SMAPS</b>	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
<b>SNARIV</b>	Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas
<b>Unidad para las Víctimas</b>	Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
<b>VBG</b>	Violencia Basada en Género
<b>VSRC</b>	Violencia Sexual Relacionada con los Conflictos

# Resumen Ejecutivo

Este es el segundo informe de All Survivors Project (ASP) publicado en el marco de un proyecto multipaís sobre atención en salud centrada en las víctimas para hombres víctimas/sobrevivientes de violencia sexual relacionada con los conflictos (VSRC). El informe se basa en una investigación realizada en Colombia, un país que ha atravesado décadas de conflicto armado y donde, a pesar de un acuerdo de paz de 2016, persiste la inseguridad. Aunque las mujeres y las niñas se hayan visto desproporcionadamente afectadas por la VSRC, los hombres y niños también se encuentran entre las víctimas.

En la investigación, llevada a cabo en 2022, se indagó sobre la disponibilidad y el acceso a la atención en salud oportuna y de calidad para las víctimas/sobrevivientes de género masculino de la VSRC (incluidos aquellos con orientación sexual, identidad de género, expresión de género o características sexuales (OSIGEGCS) diversas), sus experiencias con los servicios de salud y hasta qué punto se aplica el enfoque de centralidad de las víctimas en los servicios. El estudio se centró en ocho departamentos afectados por el conflicto, en cinco de las seis regiones de Colombia e incluyó entrevistas en profundidad a 10 hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC y 34 partes interesadas de los sectores de salud y afines (informantes clave). La investigación tenía los siguientes objetivos:

- Comprender las necesidades en temas de salud y las experiencias de las respuestas de salud de hombres y niños víctimas/sobrevivientes de la VSRC.
- Comprender la prestación de servicios de salud y las prácticas de los profesionales de salud a la hora de atender a las víctimas/sobrevivientes de género masculino y los obstáculos a los que éstos se enfrentan.
- Explorar qué significa un enfoque de la atención en salud centrado en el sobreviviente para las víctimas/sobrevivientes y los proveedores de atención en salud, y cómo se aplica en relación con hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC.
- Desarrollar recomendaciones sobre cómo fortalecer la atención en salud centrada en el sobreviviente para hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC.

Los resultados de la investigación señalan las terribles afectaciones físicas, psicológicas, psicosociales y socioeconómicas derivadas de la VSRC y cómo se ven agravados por la falta de disponibilidad de servicios de salud oportunos y de calidad, o la inaccesibilidad a ellos. Al mismo tiempo, los múltiples obstáculos de acceso a servicios médicos, de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) adecuados que se identificaron en la investigación apuntan a la necesidad de acción urgente por parte de todos los responsables o implicados en la prestación de atención en salud en Colombia para fortalecer las respuestas para todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, incluidos los hombres y los niños, con el fin de garantizar que se satisfagan plenamente sus derechos, necesidades y deseos.

## **Afectaciones sufridas por las víctimas/sobrevivientes de la VSRC**

Las afectaciones derivadas de la VSRC son variadas, complejas y con frecuencia duraderas, afectan a víctimas/sobrevivientes a nivel individual y también suelen repercutir en las parejas, los hijos y las comunidades en general. Los informantes clave describieron numerosas y graves consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas que experimentaron las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, mientras que los hombres víctimas/sobrevivientes de género masculino entrevistados hablaron de las afectaciones que habían sufrido y que, en muchos casos, siguen padeciendo.

Se destacaron muchas **consecuencias físicas** de la VSRC, como las lesiones que fueron consecuencia directa de violaciones u otras formas de violencia sexual, que en algunos casos tuvieron graves repercusiones para la salud sexual y reproductiva a largo plazo o incluso resultaron en la muerte.

Las víctimas/sobrevivientes explicaron que debieron realizárseles intervenciones médicas de urgencia por lesiones provocadas por la penetración anal. Las palizas y otros actos violentos que acompañaban a la violencia sexual también provocaron lesiones físicas, como heridas en la cabeza; problemas de visión y auditivos, que en un caso prácticamente provocaron ceguera; piezas dentales rotas y perdidas; huesos rotos y fracturados; y cicatrices permanentes. Algunas víctimas/sobrevivientes señalaron que sufrían dolores crónicos y, en algunos casos, la gravedad de los ataques les había provocado discapacidades físicas. Otros habían contraído infecciones de transmisión sexual (ITS) como consecuencia de la VSRC.

Las **afectaciones psicológicas y psicosociales** que se evidenciaron también fueron graves y duraderas. Entre los síntomas psicológicos descritos se encontraban la depresión, la ansiedad y los sentimientos de desesperanza. Varias víctimas/sobrevivientes reconocieron que habían tenido pensamientos suicidas y varias habían intentado suicidarse. Otras describieron experimentar sentimientos de ira, frustración, agresividad y miedo, así como trastornos del sueño y pensamientos intrusivos.

Aunque estos síntomas no son exclusivos de las víctimas/sobrevivientes de género masculino, la forma en que se manifiestan y se muestran los daños derivados de la VSRC puede variar según el sexo o el género. Una informante clave explicó que, según su experiencia al trabajar de especialista en VBG/protección para una ONG internacional, los hombres suelen presentar síntomas diferentes a los de las mujeres. Esta y otras observaciones similares se ven corroboradas por estudios académicos con los que se ha descubierto que, mientras que la ansiedad y la depresión son más comunes entre las víctimas/sobrevivientes mujeres, los hombres suelen mostrar comportamientos externalizadores, como conductas antisociales y abuso de sustancias.

En términos de **impactos socioeconómicos**, la VSRC está ampliamente reconocida como un causante del desplazamiento forzado en Colombia, donde la han ejercido los actores armados como táctica para obligar a los civiles a abandonar sus lugares de origen. Aproximadamente la mitad de las víctimas/sobrevivientes entrevistadas declararon que debieron desplazarse como consecuencia directa de la VSRC que padecieron. Esta experiencia de desplazamiento agravó el trauma físico y psicológico de la VSRC, provocó la pérdida de hogares, tierras y ganado y otras formas de ingresos, así como de redes familiares y sociales. Varias víctimas/sobrevivientes a las que se les había sometido a VSRC reconocieron a ASP que les resultaba difícil trabajar o terminar sus estudios después de haber sufrido ese tipo de violencia. Los que la sufrieron de niños, a menudo no les fue posible acabar los estudios.

### **El derecho a la salud y los obstáculos para acceder a una atención en salud centrada en el sobreviviente**

El derecho a la salud está establecido en la ley en Colombia, como se refleja en su ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y otros tratados internacionales y regionales, y está consagrado en la Constitución y en la legislación que establece, como parte del derecho a la salud, los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.<sup>5</sup>

---

5 Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, artículo 6, [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Según la ley, las víctimas de los conflictos armados, incluidas las de la VSRC, son consideradas “sujetos de especial protección” y tienen derecho al acceso prioritario a la atención psicológica y psiquiátrica que necesiten,<sup>6</sup> cuyas necesidades médicas deben tratarse de forma prioritaria y gratuita, y a las que se debe prestar atención psicosocial durante el tiempo que se requiera.<sup>7</sup>

Las víctimas/sobrevivientes de la VSRC también tienen derecho a reparaciones por los daños sufridos según el programa nacional de reparaciones de Colombia establecido en virtud de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras de 2011 (conocida como Ley de Víctimas) y coordinado por la Unidad para las Víctimas. Entre las disposiciones de la Ley de Víctimas, se encuentra la creación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), con el que se debe prestar atención en salud no urgente a las víctimas del conflicto armado, así como rehabilitación física, mental y/o psicosocial.

A pesar de éstas y otras políticas públicas, acceder a servicios de salud oportunos y de calidad es un reto para muchas víctimas/sobrevivientes de la VSRC en Colombia. De los 10 hombres víctimas/sobrevivientes entrevistados, sólo uno buscó atención médica en las 72 horas siguientes a haber sido sometidos a la VSRC y la mayoría no lo hizo hasta pasados muchos años (en algunos casos décadas).

Hubo consenso entre todos los entrevistados (víctimas/sobrevivientes e informantes clave) en que, a menos que se requiera tratamiento médico urgente por lesiones físicas graves, las víctimas/sobrevivientes de género masculino no suelen buscar asistencia en salud y que, aunque se busque tratamiento médico, los hombres y los niños no suelen revelar la verdadera razón de las lesiones o síntomas que presentan.

La investigación señaló múltiples razones por las que las víctimas/sobrevivientes no quieren o no pueden acceder a una asistencia en salud adecuada, muchas de las cuales están relacionadas con las deficiencias generales en la prestación de los servicios de salud y, por tanto, no son específicas de los hombres y los niños. Sin embargo, algunos de los obstáculos identificados estaban más relacionados con el género y solían estar sustentados por factores como la falta de concienciación de que los hombres y los niños (al igual que las mujeres y las niñas) pueden sufrir VSRC; la falta de comprensión de los daños diferenciados por género que pueden derivarse de la violencia sexual; y unas interpretaciones culturales de la masculinidad y la sexualidad muy arraigadas que no sólo afectan a las actitudes de los profesionales de la salud hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino, sino que influyen profundamente en cómo interiorizan los daños las personas afectadas, así como en la forma en que sus familias y comunidades responden a la situación.

El informe identifica los **obstáculos para el acceso a salud en cuatro niveles: estructural, organizacional, comunitario e individual:**

---

6 Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, artículo 11.

7 Ley 1719 de 2014 sobre el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, especialmente la violencia sexual durante el conflicto armado, artículos 23 y 24. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57716>

### Obstáculos a nivel estructural

- a) *Disponibilidad desigual de la atención médica y de salud mental básica y de atención especializada:* las zonas remotas y rurales están especialmente mal atendidas y se caracterizan por la falta de servicios especializados para las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual fuera de las grandes zonas urbanas. Los entrevistados señalaron en repetidas ocasiones las largas distancias y los costos demasiado elevados derivados de los traslados como un obstáculo importante para acceder a la asistencia en salud.
- b) *Falta de claridad sobre la obligación del personal en salud de reportar la violencia sexual:* aunque los trabajadores de salud estén obligados a notificar a las autoridades del Estado de derecho los incidentes de violencia sexual, existía confusión sobre las obligaciones de informar y reticencia a hacerlo por miedo a las represalias de los actores armados, lo que puede suponer un obstáculo para que las víctimas/sobrevivientes accedan a una protección adecuada, a servicios de justicia y a otro tipo de apoyo.
- c) *Desafíos en el diseño y la prestación de apoyo psicosocial:* las víctimas/sobrevivientes y los informantes clave destacaron la importancia del apoyo psicosocial, pero también se criticó el diseño, el alcance y el enfoque del apoyo ofrecido en el marco del PAPSIVI y del apoyo psicosocial ofrecido por la Unidad para las Víctimas. Las víctimas/sobrevivientes describieron los múltiples obstáculos que conlleva el largo y burocrático proceso de registro en la Unidad para las Víctimas, que es necesario para acceder a ambos programas, y del apoyo temporal, a menudo de corta duración y no especializado (tanto en términos de VSRC como de género) que se les ofrece.
- d) *Políticas, protocolos y lineamientos no inclusivos en materia de género sobre el apoyo en salud a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual:* el escaso reconocimiento de que los hombres y los niños pueden ser víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual se refleja en la escasa o nula atención que se les presta en diversas políticas y directrices relacionadas con la atención en salud, incluido el “Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”(Protocolo sobre Violencia Sexual).

### Obstáculos a nivel organizacional

- e) *Conocimiento y experiencia limitados de los profesionales de la salud para reconocer y responder adecuadamente a las víctimas/sobrevivientes de género masculino:* los informantes clave señalaron la falta de conocimientos y experiencia de los profesionales de la salud para responder a la violencia sexual en general y para reconocer los signos o saber cómo responder adecuadamente a las víctimas/sobrevivientes de género masculino, incluidos aquellos con OSIGEGCS diversa. Se consideró que una formación inadecuada contribuía significativamente a este problema. Igualmente, era objeto de preocupación que el sistema de servicio social obligatorio, según el cual todos los graduados de programas de educación superior en salud deben pasar entre seis meses y un año en centros de salud de zonas desfavorecidas socioeconómicamente o de difícil acceso a los servicios de salud, incluidas las zonas afectadas por conflictos, diera lugar a que las víctimas/sobrevivientes de la VSRC fueran atendidas por personal médico con formación o experiencia insuficientes.

- f) *Actitudes y comportamientos negativos de los profesionales de la salud hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino, incluidas la discriminación y la homofobia:* casi todas las víctimas/sobrevivientes a las que se entrevistó señalaron las actitudes o comportamientos negativos del personal de salud como un obstáculo importante para recibir asistencia. Los que habían buscado atención en salud describieron situaciones en las que médicos, enfermeros u otros miembros del personal que trabajaba en los centros de salud les habían tratado de forma estigmatizante, homófoba o discriminatoria. Muchas denunciaron que se les hacían preguntas insensibles o inapropiadas o que se les pedía información sobre el incidente de VSRC, lo que consideraron irrelevante y revictimizante.
- g) *Centros de salud con recursos insuficientes y mal equipados, una elevada rotación de personal que provoca la pérdida de conocimientos y experiencia, y la interrupción de la continuidad asistencial:* Los altos niveles de rotación de personal contribuyen a la pérdida de las aptitudes o la experiencia que se hubieran acumulado y a la interrupción de la continuidad de la atención a las víctimas/sobrevivientes. Según algunos informantes clave, hay una serie de factores que pueden contribuir a que los puestos de trabajo en zonas remotas/ afectadas por conflictos no resulten atractivos, como los centros de salud con escasos recursos y mal equipados, que pueden carecer incluso de pruebas de diagnóstico básicas para el VIH, kits de profilaxis post-exposición (PEP por sus siglas en inglés) y detección y tratamiento de ITS.
- h) *Falta de respeto por la confidencialidad y la privacidad de las víctimas/sobrevivientes:* la falta de privacidad en los centros de salud y la falta de respeto a la confidencialidad de los pacientes por parte del personal de salud se consideraron factores que contribuían considerablemente a la reticencia de las víctimas/ sobrevivientes a buscar atención médica y de otro tipo.

#### **Obstáculos a nivel comunitario**

- i) *Inseguridad derivada de la presencia de grupos armados no estatales que restringe los traslados y el acceso a los servicios.* Casi todas las víctimas/sobrevivientes entrevistadas dijeron que habían sido amenazadas de muerte u otros daños a ellas o sus familias por parte de los responsables de someterlas a la VSRC si denunciaban lo ocurrido o pedían ayuda, y que esto había impedido a muchas de ellas buscar tratamiento médico de urgencia. La protección proporcionada por el Estado se consideraba inadecuada.
- j) *Las actitudes negativas de la comunidad hacia las víctimas/sobrevivientes y la estigmatización resultante:* a nivel comunitario, la estigmatización o el miedo a ella, crea un entorno que puede dificultar que las víctimas/sobrevivientes confíen en las personas de su alrededor y, por lo tanto, supone un obstáculo a la hora de buscar apoyo y puede dar lugar a la exclusión social, el señalamiento y la estigmatización.
- k) *Temor a las reacciones negativas de la familia y a la ruptura de las relaciones familiares:* además del miedo a las reacciones negativas de la comunidad en general, existía preocupación por el impacto de la VSRC en las relaciones familiares. Las víctimas/sobrevivientes entrevistadas manifestaron que temían el rechazo de sus familias o que se las culpaba o se las considerara gays si sus familiares se enteraban de que habían sido víctimas de la VSRC.

## Obstáculos a nivel individual

- l) *Vergüenza interiorizada y autoestigmatización:* la autoestigmatización y los sentimientos de vergüenza y pudor eran comunes entre las víctimas/sobrevivientes entrevistadas y no sólo les habían impedido contárselo a familiares y amigos, sino que las habían hecho reacias a buscar atención en salud o a revelar lo que les había ocurrido si lo hacían. En algunos casos, cuando se buscó atención médica, los sentimientos de vergüenza les habían impedido revelar lo que les había ocurrido, acudir a las citas de seguimiento o finalizar un tratamiento.
- m) *Desconocimiento de los servicios:* en la medida en que existen servicios de salud para las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual, las víctimas/sobrevivientes de género masculino no suelen conocerlos, no tienen información sobre cómo acceder a ellos o creen que son sólo para mujeres y niñas. Algunos informantes clave también hicieron referencia a la falta de conocimiento sobre dónde y cómo acceder a los servicios especializados para víctimas/sobrevivientes de género masculino.

## La atención en salud centrada en la víctima desde la perspectiva de los participantes en la investigación

Se preguntó a las víctimas/sobrevivientes de género masculino y a los informantes clave cómo debería ser, en su opinión, la atención enfocada en la víctima para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC. Entre las cuestiones consideradas cruciales por las **víctimas/sobrevivientes** se encontraron las siguientes:

- *El reconocimiento de la victimización sexual de hombres y niños:* las víctimas/sobrevivientes destacaron la necesidad de que las instituciones estatales reconozcan que tanto los hombres y niños cisgénero heterosexuales como los que tienen OSIGEGCS diversa han sido víctimas de la VSRC y la necesidad de disipar los mitos en torno a esta forma de violencia, los cuales contribuyen a la vergüenza y el estigma, impidiendo que los hombres y niños accedan a los servicios de salud.
- *Ser tratado con respeto:* las víctimas/sobrevivientes sostuvieron que querían ser escuchadas, atendidas y tratadas con “humanidad”, “empatía” y “dignidad”. Querían que se tuvieran en cuenta sus necesidades individuales y no querían sentirse señaladas, ser objeto de burlas, chismes o que se hicieran suposiciones sobre su orientación sexual o identidad de género real o percibida.
- *No ser discriminado incluyendo ni por motivos de orientación sexual o identidad de género:* varias víctimas/sobrevivientes que se identificaron como gays o bisexuales afirmaron que querían ser atendidos por profesionales de la salud que los comprendieran a ellos y la discriminación a la que se enfrentan.
- *Comprender las diferencias sociales, culturales y regionales:* según los hombres víctimas/sobrevivientes, en el diseño de los servicios de salud se deberían tener en cuenta las diferencias socioculturales y regionales de las víctimas/sobrevivientes. Hicieron hincapié en la necesidad de prestar servicios que tengan en cuenta la diversidad étnica y cultural y otras realidades específicas del contexto de la vida en cada región y en que las estrategias y los servicios de sensibilización también deben diseñarse para tener en cuenta los distintos niveles de seguridad en un área específica y las cuestiones logísticas.
- *Intervenciones tempranas para los niños:* las víctimas/sobrevivientes hicieron especial hincapié en la importancia de trabajar con los niños de género masculino víctimas/sobrevivientes (y sus familias) cuando aún eran jóvenes, ya que varios señalaron que no habían recibido un apoyo adecuado, oportuno y centrado en la víctima cuando eran niños y no querían que otros se enfrentaran a las mismas dificultades constantes que ellos.

- *Ser tratado por personal médico y otros profesionales de la salud capacitados y con experiencia:* hubo consenso sobre la importancia de ser tratado por profesionales formados y con experiencia en el trabajo con víctimas/sobrevivientes de la VSRC. También se hizo hincapié en la necesidad de una atención integral, de no ser derivados de un lugar a otro y de tener que repetir el relato sobre la violencia sexual que padecieron a múltiples personas.
- *Respeto a la confidencialidad:* se insistió mucho en la necesidad de contar con un mayor respeto a la confidencialidad y la privacidad.
- *Participación de las víctimas/sobrevivientes:* las víctimas/sobrevivientes hicieron hincapié en que un enfoque centrado en las víctimas requiere de la participación de quienes han padecido VSRC en todas las fases de la respuesta: desde el diseño y la implementación hasta el seguimiento y la evaluación. Se expresó preocupación por la nula o la escasa representación de los hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC en los órganos y procesos que permitirían dicha participación.
- *Apoyo de otras víctimas/sobrevivientes:* se recalcó la importancia del apoyo entre pares, de forma que las víctimas/sobrevivientes hablaron sobre los beneficios de ser miembros de redes de víctimas a través de las cuales podían reunirse, hablar y recibir el apoyo de otras personas que habían hablado de su experiencia y, por tanto, podían entender la suya, y que esto también les había ayudado a darse cuenta de que no eran los únicos que habían sido sometidos a la VSRC.
- *Comprender sus derechos y cómo acceder a ellos:* se hizo énfasis en la importancia de conocer sus derechos y de recibir tanto la información como el apoyo necesarios para acceder a ellos. Este punto se refería especialmente al derecho a la reparación ya que muchas víctimas/sobrevivientes habían encontrado dificultades para comprender y acceder a las medidas de reparación a las que tenían derecho.

Las siguientes prioridades surgieron de los **informantes clave**:

- *La importancia de un enfoque individualizado:* los informantes clave reconocieron de forma generalizada la necesidad de que la atención en salud y otras formas de asistencia a las víctimas/sobrevivientes sean individualizadas.
- *Implementación de un enfoque diferencial:* los informantes clave destacaron la importancia de contar con un enfoque diferencial que tenga en cuenta no sólo las experiencias individuales, sino factores como la edad, la pertenencia étnica, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, el estatus socioeconómico y las formas en que éstos repercuten en cómo se experimentan las afectaciones y el proceso de sanación.
- *Consideraciones para los niños:* los informantes clave subrayaron la importancia de escuchar, tomarse tiempo y ser paciente. Se hizo hincapié en dedicar tiempo a generar confianza para ayudar a “romper el silencio” de las víctimas/sobrevivientes más jóvenes, y también se señaló que los profesionales de la salud deberían estar suficientemente capacitados y facultados para hacer preguntas delicadas, prestar atención y orientación y hacer remisiones.
- *Respeto a la confidencialidad:* los informantes clave reflexionaron sobre cómo afectaba la falta de confidencialidad a la atención recibida por las víctimas/sobrevivientes y sobre cómo podía impedirles acceder a los servicios en primer lugar o continuar con el tratamiento.

## Recomendaciones

Las necesidades en salud de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC son urgentes y muchas ya han esperado muchos años para recibir la atención y el apoyo que requieren y a los que tienen derecho. A largo plazo, los planes gubernamentales propuestos para fortalecer la prestación de asistencia en salud, incluyendo en las zonas remotas y rurales donde viven muchas víctimas/sobrevivientes de la VSRC, y para reformar el PAPSIVI (integrándolo en el sistema general de salud) ofrecen importantes oportunidades para fortalecer la atención en salud para las víctimas/sobrevivientes de esta violencia.

Sin embargo, la atención en salud para las víctimas/sobrevivientes debe abordarse con carácter de urgencia y no debería tener que esperar a que se llegue a un acuerdo sobre las reformas propuestas. Además, el éxito de cualquier medida, ya sea inmediata o a más largo plazo, dependerá en gran parte de hasta qué punto esté realmente centrada en la víctima. En la actualidad, parece existir una brecha significativa entre la comprensión y las expectativas de lo que implica una atención en salud centrada en la víctima para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y lo que está disponible en la práctica. También dependerá de la medida en que los servicios estén informados por aquellos que han padecido VSRC, incluidas las mujeres, las niñas, los hombres y los niños y las personas con OSIGEGCS diversa, que deben ocupar un lugar central en cualquier proceso que tenga como objetivo fortalecer las respuestas en salud.

Como contribución a estas discusiones, ASP recomienda que, como punto de partida, ***el gobierno colombiano apoye la intensificación de las labores para documentar la VSRC y para construir el reconocimiento público de su escala y de la forma en que ha sido utilizada para atacar a diferentes poblaciones y los daños resultantes.*** Deben proporcionarse recursos específicos para mejorar la documentación de la VSRC contra hombres y niños, incluidos los que tienen una OSIGEGCS diversa, con el fin de proporcionar una imagen más completa de los patrones y los daños resultantes, además de fundamentar mejor las medidas de prevención, atención en salud, justicia y de otro tipo, así como para garantizar el reconocimiento de todas las víctimas/sobrevivientes.

### Recomendaciones a nivel estructural

- ***Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de atención primaria en salud oportunos, de calidad y centrados en la víctima, incluyendo en las zonas afectadas por el conflicto, y de atención médica especializada de fácil acceso para todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.*** Esto debería incluir: acelerar las labores para fortalecer la atención primaria en salud, especialmente en las zonas remotas y rurales, para garantizar la disponibilidad de atención médica y mental de emergencia competente en materia de género y centrada en las víctimas, para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC; garantizar remisiones más rápidas y sencillas a la atención especializada para todas las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual; garantizar la disponibilidad de atención especializada de salud física y mental para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC en todos los centros que presten una atención en salud de mayor complejidad; y realizar un análisis de los beneficios de crear una red de “centros especializados” en la atención a la violencia sexual en la que todos los servicios (médicos, de SMAPS y de apoyo legal) estén disponibles o se pueda acceder a ellos desde un único lugar.
- ***Garantizar que todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, incluidos los hombres y los niños, tengan acceso a servicios de SMAPS de emergencia y a largo plazo*** y que estos servicios estén diseñados para responder a las necesidades específicas de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y para tener en cuenta

sus experiencias individuales y sus necesidades diferenciales en función del género, la edad, la OSIGEGCS, la pertenencia étnica y otras características.

- **Garantizar que los costos de transporte y otros gastos relacionados con los traslados no constituyan un obstáculo para la atención en salud de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.**
- **Aclarar los requisitos que deben cumplir los profesionales de la salud para informar de los incidentes de violencia sexual a las autoridades judiciales y de otro tipo, y asegurarse de que todo el personal pertinente reciba orientación y formación al respecto.**
- **Garantizar que todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC puedan acceder a la reparación, incluida la atención médica, de salud mental y psicosocial, a las que tienen derecho en virtud del programa nacional de reparación de Colombia,** incluyendo o agilizando y haciendo más accesible el proceso de registro ante la Unidad para las Víctimas. Garantizar que todos los funcionarios responsables de tomar o analizar las declaraciones de registro de las víctimas/sobrevivientes estén formados en la identificación, el apoyo y la respuesta a las personas que puedan haber sido víctimas de la VSRC, incluidos los hombres y los niños. Acelerar la reforma del PAPSIVI para garantizar que se pongan en marcha rápidamente los recursos, la capacidad y las aptitudes necesarios para proporcionar apoyo psicosocial a largo plazo, competente en materia de género y adecuado a la edad de todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC. Finalmente, a la espera de estas reformas, garantizar que las víctimas/sobrevivientes puedan acceder a la atención psicosocial que necesiten de forma oportuna y durante el tiempo que sea necesario.
- **Revisar todas las políticas, protocolos y lineamientos relacionadas con el tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, incluido el Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012, para garantizar que son inclusivas en cuanto al género** y que respondan a los impactos y necesidades diferenciales de género, edad y socioculturales de las víctimas/sobrevivientes, incluidos los hombres y los niños.

#### Recomendaciones a nivel organizacional

- **Garantizar que a todos los profesionales de la salud y demás personal que pueda entrar en contacto con las víctimas/sobrevivientes de la VSRC estén plenamente capacitados sobre la aplicación del enfoque de centralidad de las víctimas en atención en salud en relación con el tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual, incluidos los hombres y los niños.** El personal de salud, incluidos médicos, enfermeros y otras personas que presten un servicio social obligatorio, deben estar formados en el manejo clínico de la violencia sexual antes del servicio obligatorio. La formación debe abordar el enfoque según el ciclo vital y las actitudes negativas hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino y proporcionar al personal en salud y a otras personas que trabajen en centros de salud los conocimientos y las aptitudes necesarias para responder a todas las víctimas/sobrevivientes con dignidad, respeto y empatía.
- **Garantizar que todos los centros de salud, incluidos los centros de atención primaria, estén equipados con suministros médicos básicos,** incluidas pruebas de diagnóstico del VIH, kits para proporcionar PEP y detección y tratamiento de ITS. El personal de salud también debe recibir formación sobre el uso de estos kits y herramientas de diagnóstico.
- **Garantizar que se respeta la confidencialidad y la privacidad de la víctima/sobreviviente a lo largo de toda la ruta de atención.** Deben establecerse medidas de formación y de otro tipo para garantizar que el personal en salud cumpla las disposiciones del Protocolo sobre Violencia Sexual para respetar en todo momento la confidencialidad y la privacidad de los pacientes. Los centros de salud deben diseñarse de

forma que se pueda acceder a ellos discretamente y que las consultas y los tratamientos se realicen en espacios privados.

#### Recomendaciones a nivel comunitario

- ***Poner en marcha medidas efectivas para garantizar la seguridad y la protección de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y asegurarse de que existen medidas para proteger a los profesionales de la salud y los centros de salud*** incluyendo mediante la revisión de la efectividad de las medidas de protección existentes para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y el aumento de los recursos y el fortalecimiento de las capacidades para garantizar la protección de esas víctimas/sobrevivientes frente a las represalias de las partes del conflicto armado y otros riesgos, para permitir que accedan de forma segura a la atención en salud y participen plenamente en la justicia y otros procesos.
- ***Trabajar con las comunidades afectadas por conflictos para concientizar sobre la vulnerabilidad de los hombres y los niños ante la VSRC y reducir la estigmatización, así como para fortalecer los mecanismos comunitarios de protección y apoyo.*** Deben entablarse diálogos con los líderes comunitarios y religiosos, y otros miembros de la comunidad, para sensibilizarlos y concientizarlos sobre la violencia sexual contra los hombres y los niños, incluyendo los que tienen una OSIGEGCS diversa, y para ayudar a transformar el discurso discriminatorio en materia de género y las normas y estereotipos patriarcales y perjudiciales.
- ***Todas las actividades de promoción de la salud de base comunitaria deben incluir información sobre la violencia sexual contra hombres y niños, incluyendo aquellos con OSIGEGCS diversa.*** Los materiales y mensajes de divulgación e información deben facilitarse en las lenguas locales y elaborarse consultando a las víctimas/sobrevivientes, incluidos los hombres y niños de la zona, para garantizar que se adaptan al contexto y tienen en cuenta las prácticas y creencias sociales y culturales locales.

#### Recomendaciones a nivel individual

- ***Proporcionar un apoyo a largo plazo, culturalmente sensible y específico en función del género, a las víctimas/sobrevivientes de género masculino para ayudarlos a superar los sentimientos de autoestigmatización y culpa.*** Debe ofrecerse a las víctimas/sobrevivientes un apoyo que sea seguro, voluntario y liderado por ellas mismas, para abordar la autoestigmatización y el sentimiento de culpa que suele asociarse a la experiencia de la violencia sexual, así como la confusión personal sobre su identidad y/u orientación sexual y la forma negativa en que esto puede repercutir en la concepción que tienen de sí mismas y en su relación con los demás.
- ***Sensibilizar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino de la VSRC sobre sus derechos a la atención en salud, a la reparación y sobre los servicios médicos y de SMAPS disponibles y cómo acceder a ellos,*** así como sobre los protocolos existentes para garantizar su seguridad y protección (por ejemplo, protocolos de confidencialidad). Las campañas de concientización deben coordinarse entre todas las partes interesadas pertinentes, ya sean gubernamentales o no, incluidos los sectores de la salud, VBG, protección de la niñez, justicia y el Estado de derecho, y se deben sopesar los medios de comunicación más adecuados (en persona, medios sociales, televisión, radio, etc.) en función de los contextos, los idiomas y la cultura locales.
- ***Proporcionar financiación y otras ayudas para fortalecer las redes de víctimas/sobrevivientes de género masculino con el fin de garantizar que puedan beneficiarse de apoyo entre pares para ayudarles a asimilar sus experiencias de VSRC,*** desenvolverse en el sistema de salud, justicia, reparaciones y procesos de protección, y empoderarles para participar e influir en el diseño y la aplicación de estos servicios y procesos.

# 1. Introducción

Este es el segundo informe de una serie, publicados en el marco del proyecto multipaís de ASP sobre atención en salud centrada en la víctima para hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC.<sup>8</sup> Este informe presenta los resultados del estudio que ASP realizó en Colombia en 2022.

En la investigación se indagó sobre la disponibilidad y el acceso a respuestas en salud oportunas y de calidad para las víctimas/sobrevivientes de género masculino de la VSRC (incluidos aquellos con OSIGEGCS diversas), en sus experiencias con los servicios de salud y en qué medida estos servicios se centran en los sobrevivientes. Los objetivos de la investigación fueron los siguientes:

- Comprender las necesidades en temas de salud y las experiencias de las respuestas en salud de hombres y niños víctimas/sobrevivientes de VSRC.
- Comprender la prestación de los servicios de salud y las prácticas de los proveedores de asistencia en salud a la hora de apoyar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino y los obstáculos a los que se enfrentan al acceder a servicios de salud oportunos, seguros y de calidad.
- Explorar qué significa un enfoque centrado en el sobreviviente en la atención en salud para las víctimas/sobrevivientes y los proveedores de atención en salud, y cómo se aplica en relación con hombres víctimas/sobrevivientes de VSRC.
- Desarrollar recomendaciones sobre cómo fortalecer la atención en salud centrada en el sobreviviente para hombres víctimas/sobrevivientes de VSRC en Colombia.

El informe comienza con un esbozo de la metodología de la investigación, seguido de un resumen de los antecedentes del conflicto armado en Colombia y de los patrones de VSRC, así como de las obligaciones del Estado en relación con la prestación de atención en salud a las víctimas/sobrevivientes de VSRC y el diseño de respuestas en salud.

Se exponen las conclusiones relativas, en primer lugar, a los daños experimentados por las víctimas/sobrevivientes de género masculino y, a continuación, a los obstáculos a los que se enfrentan para acceder a una atención en salud oportuna, de calidad y centrada en la víctima, seguidas de sus percepciones, y las de los informantes clave, sobre lo que debería englobar un enfoque de la asistencia en salud centrada en la víctima. A partir de estos resultados, se aportan recomendaciones sobre las medidas inmediatas y a más largo plazo que podrían adoptarse para superar los obstáculos identificados y satisfacer las aspiraciones de las víctimas/sobrevivientes de recibir una atención centrada en ellos.

---

8 ASP, Enhancing Survivor-Centred Healthcare Response for Male Victims/Survivors of Sexual Violence in Afghanistan, 19 de marzo de 2021, <https://allsurvivorsproject.org/enhancing-survivor-centred-healthcare-response-for-male-victims-survivors-of-sexual-violence-in-afghanistan/>. Informe sobre República Centroafricana próximamente.

## Enfoque centrado en el sobreviviente: definición y terminología

Un enfoque centrado en el sobreviviente implica que los derechos, las necesidades y las opciones de las víctimas/sobrevivientes de la violencia, tal y como ellos mismos las identifican, son primordiales en todos los esfuerzos de prevención y respuesta. Un enfoque centrado en el sobreviviente, tal y como lo define el comité directivo del Sistema de Gestión de Información sobre Violencia basada en Género (GBVIMS por sus siglas en inglés), tiene por objetivo crear un entorno de apoyo en el que se respeten los derechos de cada víctima/sobreviviente y en el que se trate a la persona con dignidad y respeto reconociendo que cada individuo tiene los mismos derechos a la atención y el apoyo, es diferente y único, reaccionará de forma distinta a su experiencia y tiene diferentes puntos fuertes, capacidades, recursos y necesidades. Un enfoque centrado en el sobreviviente también reconoce que cada persona tiene derecho, de acuerdo con su edad y circunstancias, a decidir quién debe saber lo que le ha ocurrido y lo que debe ocurrir a continuación, y debe ser creída y tratada con respeto, amabilidad y empatía.<sup>9</sup>

Aunque el término “centrado en el sobreviviente” se utilice habitualmente en relación con las respuestas en salud a la VSRC, en Colombia se emplea más el término “víctima” que el de “sobreviviente”. De ahí que se utilice “víctima” en este informe cuando se incluyan citas de documentos oficiales (leyes, protocolos, directrices, etc.) o directamente de entrevistas a víctimas/sobrevivientes o informantes clave.

---

9 Directrices Interagenciales para la Gestión de Casos de VBG: Proporcionar Servicios de Atención y Gestión de Casos a Sobrevivientes de VBG en Entornos Humanitarios, Primera edición, <https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>. Véase también *Comité Permanente entre Organismos: Definición y principios de un enfoque centrado en las víctimas/los supervivientes*, 6 de junio de 2023, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-protection-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment/iasc-definition-principles-victim-survivor-centered-approach>

## 2. Metodología

La investigación para este informe fue realizada por ASP y con el apoyo de un grupo asesor de investigación (GAI) creado para proporcionar orientación técnica y estratégica al proyecto y revisar los resultados.<sup>10</sup>

La RMVP y los Grupos Focales apoyaron la participación de los hombres víctimas en las entrevistas y los talleres.

La investigación fue cualitativa e incluyó: una revisión documental de las publicaciones sobre la violencia sexual contra hombres y niños en Colombia y de las leyes y políticas relevantes relacionadas con las respuestas del sector salud a la violencia sexual (incluida la VSRC); un mapeo de los actores clave implicados en los servicios del sector salud para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC; entrevistas con 34 informantes clave del sector salud y sectores relacionados; y entrevistas detalladas a 10 hombres víctimas/sobrevivientes de esta forma de violencia.

### **Criterios de participación y muestreo de informantes clave y víctimas/sobrevivientes**

Los informantes clave se identificaron inicialmente a través del ejercicio de mapeo de los actores clave y después mediante el proceso de bola de nieve en el que se pidió a los entrevistados que recomendaran a otras personas. Entre los 34 informantes clave se encontraban representantes del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud) y otras autoridades nacionales y locales responsables de la política de atención en salud y/o de su aplicación, de la prestación de servicios o de su seguimiento y evaluación; instituciones nacionales responsables o implicadas de algún otro modo en el programa nacional de reparaciones para las víctimas del conflicto armado; agencias de la ONU; y ONG nacionales e internacionales o redes de la sociedad civil directamente implicadas en la prestación de asistencia en salud o de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) o en el apoyo a las víctimas/sobrevivientes para que accedan a ellas. Entre los sectores o áreas de especialización representados se encontraban el sector salud, SMAPS, ciencias forenses, violencia basada en género (VBG), derechos LGBTI+, la protección/protección de la niñez; y sector justicia, incluidas las reparaciones. Diecisiete de los informantes clave trabajaban a nivel nacional o en la sede central, principalmente en Bogotá, y 17 a nivel regional o departamental (véase en el Apéndice un desglose detallado de las ubicaciones geográficas de los informantes clave, Tabla 1).

Las víctimas/sobrevivientes participantes fueron identificadas por la RMVP y los Grupos Focales por medio de sus integrantes y redes. Posteriormente, ASP se puso directamente en contacto con ellos para hablar de su participación y obtener su consentimiento informado para las entrevistas. Entre los criterios de participación se encontraban los siguientes: tener al menos 18 años; ser víctima/sobreviviente de

---

10 Entre los miembros del GAI se incluyeron representantes de dos redes de sobrevivientes, Survivors Speak Out (Reino Unido) y Men of Hope (Uganda), expertos en violencia sexual y académicos de ACNUR (la Agencia de la ONU para los Refugiados), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Médicos Sin Fronteras (MSF), International Reproductive Health and Sexual Violence Care Working Group, la Fundación Mukwege, The Havens, Kings College Hospital NHS Foundation Trust, y un especialista en ética en la investigación.

VSRC; tener asignado el sexo masculino al nacer/identificarse como hombre, y ser competente para dar voluntariamente su consentimiento informado para participar. De los 10 hombres víctimas/sobrevivientes que participaron:

- El más joven tenía 27 años y el mayor 49 en el momento de la recopilación de datos.
- Procedían de ocho departamentos de cinco regiones diferentes.
- Todos habían sido sujetos a al menos un incidente de VSRC, y al menos tres habían experimentado múltiples incidentes de violencia sexual, aunque no estaba claro si todos estaban relacionados con el conflicto.
- Tenían entre cinco y 35 años cuando sufrieron la violencia sexual por primera vez y al menos cinco de las víctimas/sobrevivientes tenían menos de 18 años cuando fueron víctimas de violencia sexual por primera vez.
- Seis se identificaron con una orientación sexual diversa. Ninguno se identificó como transgénero, con características sexuales diversas o no binario.
- Una de las víctimas/sobrevivientes se identificó como afrocolombiano. Ninguno se identificó como indígena.
- Cuatro víctimas/sobrevivientes tenían alguna discapacidad, incluyendo física y auditiva/visual y diagnósticos psiquiátricos.<sup>11</sup> Todos ellos declararon que su discapacidad era consecuencia de una experiencia de violencia sexual.
- Por lo menos tres víctimas/sobrevivientes reportaron haber contraído diferentes formas de ITS como consecuencia de la violencia sexual.
- Aproximadamente la mitad de las víctimas/sobrevivientes fueron desplazadas a consecuencia de la VSRC.
- Al menos seis víctimas/sobrevivientes ejercen roles de liderazgo en sus comunidades.

### **Recolección de la información**

Las entrevistas y otras actividades de recolección de datos las llevaron a cabo en Colombia dos investigadoras hispanohablantes entre marzo y diciembre de 2022. Todas las entrevistas a víctimas/sobrevivientes, salvo una, se realizaron en persona. Las entrevistas a informantes clave se realizaron por Zoom. Las entrevistas se grabaron en audio, salvo una a un informante clave y otra a una víctima/sobreviviente, que no desearon que se grabaran.

Las entrevistas a la mayoría (nueve de 10) de las víctimas/sobrevivientes tuvieron lugar durante dos talleres diferentes de dos días de duración celebrados en Santa Marta y Bogotá en marzo de 2022. Los talleres se diseñaron con el objetivo de crear un entorno seguro y protegido que permitiera a las víctimas/sobrevivientes participar en entrevistas individuales, así como tomar parte en actividades de apoyo entre pares y recibir apoyo adicional, incluida la remisión a servicios de salud y otro tipo de apoyo si fuera necesario. Durante los talleres, las víctimas/sobrevivientes recibieron información sobre sus derechos a la salud e información y apoyo sobre cómo acceder a la asistencia en salud y a la justicia.

---

11 No se disponía del estado de discapacidad de uno de los hombres entrevistados, a quien no se pudo volver a contactar para aclarar más detalles.

## Análisis y validación de datos

Las entrevistas grabadas en audio se transcribieron al español y se tradujeron al inglés. Cuando fue necesario, se volvieron a traducir fragmentos y citas del inglés al español para poder comprobar su exactitud. Las transcripciones en inglés se codificaron y analizaron mediante el programa informático de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti (versión 8) por una investigadora que no participó directamente en la recopilación de datos). Se utilizó un modelo socioecológico para analizar y organizar las conclusiones relativas a los obstáculos al acceso a la atención en salud, aunque no se utilizó en el diseño del estudio ni en las guías de entrevistas.

En diciembre de 2022 se llevó a cabo en Bogotá un taller de validación organizado por ASP con el apoyo de la RMVP y los Grupos Focales al que asistieron nueve de las 10 víctimas/sobrevivientes de género masculino entrevistados, durante el cual ASP presentó las conclusiones preliminares que se debatieron en sesiones plenarias y en pequeños grupos. También se celebraron sesiones bilaterales de retroalimentación con informantes clave seleccionados para debatir los resultados y las recomendaciones de la investigación. Se concluyó el análisis de datos en 2023 y una versión preliminar del informe fue revisada por miembros del GAI del proyecto y otros expertos relevantes (véanse los agradecimientos y el pie de página 10 para conocer los detalles de los revisores).

## Consideraciones éticas

Se tomaron diversas medidas para garantizar la ética de la investigación y la protección de la seguridad y el derecho a la confidencialidad de los participantes en la investigación durante todo el proceso.

La aprobación ética del protocolo de investigación se obtuvo del Comité de Ética en Investigación de Profamilia.<sup>12</sup> ASP capacitó a los entrevistadores sobre ética y seguridad en la investigación, incluida la garantía de la privacidad y la confidencialidad, la obtención del consentimiento informado y el respeto a la retirada del consentimiento. También se formó a los investigadores sobre cómo garantizar el respeto a las víctimas/sobrevivientes y sobre cómo reconocer y responder adecuadamente a los signos de angustia y a la revelación de casos de VSRC y otras violaciones.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito (en español) antes de ser entrevistados y para el uso de citas anónimas en este informe. Se garantizó la confidencialidad eliminando los datos de identificación de las transcripciones, incluidos los nombres de las personas, los centros de salud y las organizaciones. Para proteger aún más las identidades de las víctimas/sobrevivientes, en el informe no se incluye información demográfica detallada más allá de la incluida en la metodología anterior. Tampoco se nombra a los informantes clave, aunque en las notas a pie de página, cuando procede, se hace referencia a información limitada sobre su ubicación, función y el tipo de entidad u organización para la que trabajan.

A las víctimas/sobrevivientes que participaron en el estudio no se les hicieron preguntas sobre sus experiencias de violencia sexual para evitar la retraumatización (aunque algunas optaron por hablar de lo que les había ocurrido). No obstante, siendo conscientes de que incluso el relato de las experiencias

---

12 Profamilia es una organización privada sin ánimo de lucro que promueve el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia.

asociadas a los impactos de la VSRC en la salud podía resultar angustioso, se puso a disposición de los entrevistados, apoyo durante y después de las entrevistas y del taller de validación por parte de psicólogos nacionales identificados por la RMVP y mediante el apoyo entre pares.

### **Limitaciones de la investigación**

Una limitación metodológica clave de esta investigación está relacionada con su alcance geográfico, que no abarca todos los departamentos/regiones en los que se ha documentado la VSRC contra hombres y niños. Aunque en la investigación se identificaron algunas diferencias en las experiencias de las víctimas/sobrevivientes a la hora de acceder a la atención en salud entre departamentos/regiones, es necesario seguir investigando para profundizar en la comprensión de las diferencias geográficas con el fin de identificar y adaptar las respuestas específicas a cada contexto.

En relación con las víctimas/sobrevivientes, las limitaciones incluían la plena incorporación de las cuestiones de edad, diversidad de OSIGEGCS y la pertenencia étnica. En cuanto a la edad, dado que sólo se entrevistó a hombres adultos, el informe no incluye las aportaciones de los niños. Sin embargo, dado que la mitad de los entrevistados tenían menos de 18 años cuando fueron víctimas de violencia sexual, se refleja su experiencia como menores de edad a la hora de acceder, o no, a la atención en salud.

En relación con la diversidad de OSIGEGCS, el marco de muestreo incluyó a las personas a las que se asignó sexo masculino al nacer, así como a las que se identifican como de género masculino y, por tanto, fue inclusivo de los hombres y mujeres transgénero y de las personas no binarias o intersexuales. Sin embargo, no fue posible identificar ni, por tanto, incluir a entrevistados de estos grupos. Aunque algunos informantes clave se refirieron durante sus entrevistas a la prestación de servicios de salud a víctimas/sobrevivientes transgénero, este informe no documenta sus experiencias en detalle.<sup>13</sup>

En cuanto a la diversidad de la pertenencia étnica, sólo una de las víctimas/sobrevivientes se identificó como afrocolombiano y ninguna como indígena. La revisión documental identificó las fuentes de información relevantes sobre la cuestión y se pidió a los informantes clave que reflexionaran sobre los obstáculos a los que se enfrentan estas poblaciones. Sin embargo, la falta de participación de los hombres indígenas víctimas/sobrevivientes y la limitada participación de víctimas/sobrevivientes afrocolombianos significa que existe información limitada sobre sus experiencias en el acceso a la atención en salud y sobre lo que constituye para ellos un enfoque centrado en la víctima.

En relación con los informantes clave, aunque entre los entrevistados había representantes del Ministerio de Salud, no fue posible entrevistar a representantes de las autoridades municipales y departamentales responsables de la prestación de servicios de salud a nivel local. Además, no todos los actores clave identificados durante los procesos de mapeo y bola de nieve estaban disponibles para participar en la investigación.

---

13 Otras personas han llevado a cabo algunas investigaciones sobre el acceso a la atención en salud por parte de hombres transgénero y personas no binarias. Véase, por ejemplo, Profamilia, Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia, junio de 2021, <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2021/06/INFORME-ABORTO-PERSONAS-TRANS-JUNIO-1-2021.pdf>

# 3.

## Antecedentes

---

### 3.1 Conflicto armado y VSRC en Colombia

---

Colombia ha experimentado décadas de conflicto armado y, a pesar del acuerdo de paz en 2016 entre el gobierno y el grupo armado no estatal (GANE), las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP), la inseguridad persiste, ya que los grupos disidentes de las FARC-EP, grupos paramilitares y otros grupos armados siguen luchando por el territorio, así como por cultivos de uso ilícito y otras economías ilícitas.<sup>14</sup>

Los civiles, en particular los de las zonas más pobres y remotas y las zonas rurales, donde la presencia del Estado es escasa, han sufrido históricamente y siguen sufriendo la peor parte del conflicto, con un impacto desproporcionado en las comunidades indígenas y afrocolombianas. A pesar de los esfuerzos para mejorar su protección, los defensores de derechos humanos, así como los líderes o activistas comunitarios y de otras organizaciones de la sociedad civil, han sido objetivo especial de los actores armados debido a sus labores por llamar la atención sobre el impacto del conflicto en la vida de las personas.<sup>15</sup>

Todas las partes del conflicto, tanto las fuerzas de seguridad del Estado (incluidos los grupos paramilitares vinculados a las fuerzas armadas) como los GANE, han sido responsables de graves violaciones al Derecho Internacional Humanitario y del Derecho en materia de derechos humanos, como ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas, desplazamientos forzados y el reclutamiento y la utilización de niños, niñas y adolescentes.

La VSRC ha sido generalizada, ya que los patrones preexistentes de violencia sexual y otras formas de VBG se han visto exacerbados por el conflicto armado, y la VSRC también se ha utilizado ampliamente como forma de violencia estratégica. El Centro Nacional de Memoria Histórica de Colombia (CNMH) ha descrito cómo la VSRC pasó a estar inscrita “en la lógica” del conflicto armado, incluso como medio para ejercer poder sobre poblaciones y territorios.<sup>16</sup>

---

14 El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha identificado siete conflictos armados no internacionales activos en Colombia en los que participan numerosas partes, entre ellas, el gobierno colombiano y varios GANE. Véase La población civil, atrapada entre el miedo y la zozobra, 22 de marzo de 2023, <https://www.icrc.org/en/document/colombia-civilian-population-trapped-fear-and-anxiety-2023>

15 En 2021, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos verificó 100 asesinatos de defensores de los derechos humanos y documentó 1116 denuncias de amenazas y ataques contra personas u organizaciones que trabajan en la defensa de los derechos humanos. Véase *Situation of human rights in Colombia: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights* del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 17 de mayo de 2022, documento de la ONU A/HRC/49/19. Véase también Human Rights Watch, *Colombia: Graves deficiencias en la protección de líderes sociales, Colombia: Protection Gaps Endanger Rights Defenders*, 10 de febrero de 2021, <https://www.hrw.org/news/2021/02/10/colombia-protection-gaps-endanger-rights-defenders>

16 El CNMH se creó en virtud de la Ley 1448/2011 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras) y se encarga de contribuir al deber de memoria del Estado, entre otras cosas, documentando las violaciones del Derecho internacional humanitario y del Derecho en materia de derechos humanos. CNMH, *La Guerra Inscrita en el Cuerpo. Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado*, 2017, <https://centrodememoriahistorica.gov.co/la-guerra-inscrita-en-el-cuerpo/>.

El CNMH y otros organismos también han documentado la forma en que se ha utilizado la VSRC como forma de control social para castigar y aterrorizar a las comunidades, y cómo ciertas personas han sido especialmente atacadas, entre ellas, las personas LGBTIQ+ por su no conformidad con las normas sociales, y las personas de comunidades afrocolombianas e indígenas que viven en zonas de importancia estratégica para los grupos armados.<sup>17</sup> El CNMH ha señalado además que “existe un silencio abismal” y una invisibilidad de la violencia contra las personas con discapacidad, que también han sido vulnerables a la VSRC, a menudo atacadas debido a su indefensión percibida.<sup>18</sup> La VSRC también se ha asociado con el reclutamiento ilícito y la utilización de niños.<sup>19</sup>

De los más de 9,5 millones de víctimas de violaciones de derechos humanos relacionadas con el conflicto que habían sido registradas por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (Unidad para las Víctimas), a 31 de julio de 2023, 38.570 estaban registradas como víctimas de “delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado”.<sup>20</sup>

Las mujeres y las niñas se han visto afectadas por esta forma de violencia de forma desproporcionada y, en 2015 la Corte Constitucional de Colombia reconoció que la violencia sexual contra las mujeres y las niñas en el contexto del conflicto armado era una práctica generalizada y sistemática.<sup>21</sup> Sin embargo, también hay hombres y niños entre las víctimas. De las 38.570 personas registradas por la Unidad para las Víctimas como víctimas/sobrevivientes de la VSRC, 2.951 (7,7 %) son de género masculino. Por otra parte, el CNMH ha documentado 17.316 víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado entre 1958 y 2022, entre ellas, 1.637 de género masculino (9,5 % del total), de los cuales 395 eran niños en el momento del incidente.<sup>22</sup>

Sin embargo, en Colombia, como en otros lugares, existe un subregistro significativo de la VSRC y, en general, se cree que el número real de personas afectadas es mucho mayor. Con respecto a las mujeres, la Corte Constitucional de Colombia se ha referido a un “triple proceso” de invisibilidad, silencio e impunidad

- 
- 17 Amnistía Internacional, Colombia: Cuerpos marcados, crímenes silenciados: Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado, 12 de octubre de 2004, <https://www.amnesty.org/en/documents/amr23/040/2004/en/>; CNMH, Aniquilar La Diferencia Lesbianas, Gays, Bisexuales Y Transgeneristas En El Marco Del Conflicto Armado Colombiano, diciembre de 2015, <https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/aniquilar-la-diferencia/aniquilar-la-diferencia.pdf>; CNMH, La Guerra Inscrita en el Cuerpo. Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado, 2017; CNMH, Memoria Histórica Con Víctimas De Violencia Sexual: Aproximación Conceptual Y Metodológica, diciembre de 2018, <https://centrodememoriahistorica.gov.co/memoria-historica-con-victimas-de-violencia-sexual-aproximacion-conceptual-y-metodologica/>; ASP, Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Sexual Violence against Men and Boys in the Context of the Armed Conflict in Colombia, 19 de junio de 2022, <https://allsurvivorsproject.org/deponer-las-armas-retomar-las-almas-laying-down-arms-reclaiming-souls/>; Coisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (Comisión de la Verdad), informe final, Mi Cuerpo es la Verdad. Experiencias de Mujeres y Personas LGBTIQ+ en el Conflicto Armado, agosto de 2022 <https://www.comisiondelaverdad.co/mi-cuerpo-es-la-verdad>
  - 18 CNMH, *La Guerra Inscrita en el Cuerpo. Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado*, 2017.
  - 19 Comisión de la Verdad, informe final, *No es un Mal Menor. Niñas, Niños y Adolescentes en el Conflicto Armado*, agosto de 2022, <https://www.comisiondelaverdad.co/no-es-un-mal-menor/>; y JEP, Sala de Reconocimiento de Verdad y Responsabilidad y de Determinación de los Hechos y Conductas, Auto 075 de 2022, No. SRVR-LRG-T-075-2022, abril 2022, [https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/auto\\_srvr-lrg-t-075-2022\\_08-abril-2022.htm](https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/auto_srvr-lrg-t-075-2022_08-abril-2022.htm).
  - 20 La Unidad para las Víctimas se creó en virtud de la Ley de Víctimas (Ley 1448/2011) para proporcionar a las víctimas del conflicto armado asistencia y reparación. Se encarga de la inscripción de las víctimas a través del Registro Único de Víctimas, <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos> (consultado el 14 de agosto de 2023).
  - 21 Corte Constitucional de Colombia, Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004, auto 009 de 2015, <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-025-04/AUTOS%202015/Auto%20009%20del%2027%20de%20enero%20de%202015seguimiento%20ordenes%20%20y%203%20del%20auto%20092-08.pdf>
  - 22 Cifras del Registro Único de Víctimas de la Unidad para las Víctimas, “Enfoque Diferencial”, <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/enfoqueDiferencial>, fecha de corte de 31 de julio de 2023 (consultado el 14 de agosto de 2023), y el Observatorio de Memoria y Conflicto del CNMH, “El Conflicto Armado en Cifras” <https://micrositios.centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/portal-de-datos/el-conflicto-en-cifras/>, fecha de corte de 30 de junio de 2023 (consultado el 14 de agosto de 2023).

en la posibilitación de la violencia sexual contra ellas,<sup>23</sup> mientras que el CNMH y otros han señalado que el silencio es aún mayor en los casos de hombres y niños víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual.<sup>24</sup> También se considera que el alcance de la VSRC contra hombres y niños con orientación sexual o identidad de género diversa y otras personas LGBTI+ está representado de forma insuficiente en las cifras oficiales.<sup>25</sup>

### 3.2 El derecho a la salud, su aplicación y las reformas previstas del sistema de salud

El derecho a la salud está establecido por ley en Colombia, incluyendo mediante la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en virtud del cual se reconoce “... el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y los Estados Partes se comprometen a garantizar, entre otras cosas, “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (tanto física como mental).<sup>26</sup> Los Estados partes deben garantizar que el derecho a la salud se ejerce sin discriminación de ningún tipo, siendo la no discriminación “una obligación inmediata y transversal en el Pacto”.<sup>27</sup>

A nivel regional, Colombia ratificó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) en 1997. El artículo 10 del Protocolo Adicional garantiza el derecho a la salud: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. En virtud del artículo 10.2, Colombia acordó adoptar ciertas medidas, entre ellas “la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”, y “la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de Colombia, que establece que “[s]e garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, y que el Estado tiene el deber de “organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud...”<sup>28</sup> También está reconocido en la legislación, incluida la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (a veces denominada Ley Estatutaria de Salud), que establece la salud como un derecho fundamental autónomo que debe incluir los elementos interrelacionados de disponibilidad, aceptabilidad (incluido el respeto de la ética médica y de las diversas culturas de las personas, las minorías étnicas, los pueblos y las comunidades), accesibilidad (incluida la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información) y calidad.<sup>29</sup>

---

23 Corte Constitucional, auto 092 de 2008, 14 de abril de 2008, III.1.1.6.

24 Véase ASP, *Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Sexual Violence against Men and Boys in the Context of the Armed Conflict in Colombia*, 19 de junio de 2022, p. 10.

25 De las 38,570 víctimas/sobrevivientes registradas en la Unidad para las Víctimas, sólo 659 se identificaron como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o intersexuales.

26 PIDESC, artículos 12.1 y 12.2(d). Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), observación general n.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Documento de la ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

27 PIDESC, artículo 2.2. Véase también CESCR, observación general n.º 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales. Documento de la ONU E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párrafo 7. También la observación general n.º 14.

28 Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49.

29 Ley Estatutaria de 1751 de 2015, artículo 6.

La Ley Estatutaria de Salud incluye disposiciones para los “sujetos de especial protección”, incluidas las víctimas de la violencia y del conflicto armado, y exige además que las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tengan derecho a acceso prioritario al tratamiento psicológico y psiquiátrico que requieran.<sup>30</sup> También establece el deber del Estado de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en las zonas marginadas y la necesidad de adoptar medidas eficaces, progresivas y continuas para que las personas que viven en zonas remotas tengan acceso oportuno a los servicios de salud que necesitan.<sup>31</sup>

El derecho a la salud específicamente para las víctimas de violencia sexual también está incluido en la Ley 1719 de 2014 sobre el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, que obliga al sector salud a tratar a las víctimas/sobrevivientes de forma prioritaria y gratuita. Además, estipula que la violencia sexual debe considerarse una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento en que se produjo y el momento en que se solicita atención médica, y que la atención psicosocial debe prestarse durante todo el tiempo que sea necesario y no puede restringirse ni por limitaciones financieras ni de tiempo.<sup>32</sup>

El derecho a la atención en salud mental para la población en general (afectados y no afectados por el conflicto) está recogido en la Ley 1616 de 2013, conocida como Ley de Salud Mental, que establece, entre otras cosas, el derecho a una atención integral especializada e interdisciplinar y el derecho a un proceso psicoterapéutico durante el tiempo que sea necesario.<sup>33</sup>

De acuerdo con la ley, el sistema de salud de Colombia está descentralizado, y la responsabilidad de los centros de salud, el personal de la salud y la administración de los servicios de salud recae en los departamentos y municipios.<sup>34</sup> En el marco del sistema descentralizado, cada uno de los 32 departamentos de Colombia cuenta con una Secretaría de Salud responsable de la gestión y la aplicación de las políticas, normativas y programas relacionados con la salud dentro del departamento, mientras que las Secretarías de Salud a nivel municipal se encargan de construir, equipar y mantener los centros de salud (como los puestos de salud y los hospitales a nivel municipal cuando existen) en los 1.123 municipios.

También se establecen por ley cuatro niveles de atención en función del tipo de intervención requerida, desde el nivel 1, en el que el tratamiento corre a cargo de un médico de medicina general un paramédico u otro profesional de la salud no especializado, hasta los niveles 3 y 4, que requieren una atención más especializada.<sup>35</sup> Normalmente, la atención especializada y más compleja que se presta en los niveles 3 y 4, y que requiere la presencia de un “médico especialista”, sólo está disponible en los grandes centros urbanos. Los centros urbanos municipales más pequeños suelen contar con un puesto de salud que sólo

---

30 Ley Estatutaria de Salud, artículo 11.

31 Ley Estatutaria de Salud, artículo 24.

32 Ley 1719 de 2014, de 18 de junio de 2014, artículos 23 y 24.

33 Ley 1616 de 2013, 21 de enero de 2013, artículo 6. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

34 La Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49 y el Decreto 77 de 1987, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3455>

35 Ley 10 de 1990, 10 de enero de 1990, relativa a la reorganización del sistema nacional de salud, <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf>. Otros decretos y resoluciones pertinentes son el Decreto 1760 de 1990 sobre niveles de atención/servicio y la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, por la que se establecen las intervenciones y los procedimientos del sistema de seguridad social en salud.

proporciona atención de primer nivel, mientras que en las zonas más remotas o rurales, muchas veces ni siquiera se dispone de atención de primer nivel.

Para acceder a la asistencia en salud es necesario estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), un sistema nacional de seguridad social o seguro médico. La aplicación del SGSSS se delega efectivamente en Entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas o privadas que hacen de intermediarias entre los pacientes y los proveedores de servicios de salud, conocidas como Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Entre las responsabilidades de las EPS se encuentran la administración de las afiliaciones al SGSSS (incluida la recaudación de las contribuciones financieras) y la coordinación con su red de IPS (como puestos de salud, hospitales, clínicas y laboratorios) para proporcionar la asistencia en salud que necesitan sus afiliados registrados.<sup>36</sup>

La Ley Estatutaria de Salud exige que las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tengan derecho a acceso prioritario al tratamiento psicológico y psiquiátrico que requieran.

Las contribuciones al coste de los planes de salud administrados por las EPS del SGSSS se realizan a través de un sistema de comprobación de recursos administrado por las Secretarías de Salud municipales y departamentales, bajo el cual todos los afiliados al SGSSS son clasificados en uno de dos regímenes de acuerdo a varios factores, como los niveles de vulnerabilidad o la capacidad de pago: un régimen contributivo para aquellos en los que los individuos pagan todo o parte del coste de cualquier atención médica recibida, o el régimen subsidiado bajo el cual toda la atención médica es gratuita para los usuarios.<sup>37</sup>

En febrero de 2023, en respuesta a las preocupaciones de larga data sobre el sistema de salud, incluidas las desigualdades en la cobertura en salud y el papel de las EPS, el gobierno presentó un proyecto de ley de reforma de salud que propone importantes reformas con el objetivo declarado de garantizar el “derecho fundamental a salud mediante un sistema único, público, universal, preventivo, predictivo, participativo, descentralizado e intercultural que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera”.<sup>38</sup>

Entre otras cosas, el proyecto de ley propone un mayor papel del Estado en la administración de la prestación de salud, la abolición del régimen contributivo y la creación de un sistema de salud universal; el refuerzo de la prestación de salud primaria (nivel 1), sobre todo en las zonas más remotas, rurales y de otro tipo; y la mejora de los salarios y las condiciones laborales del personal de salud. El gobierno también se ha comprometido a respetar y apoyar la aplicación de los sistemas de salud “interculturales” indígenas y de otro tipo de los pueblos campesinos, afrocolombianos, negros, raizales y palenqueros. El proyecto de ley, que ha resultado controvertido en algunos sectores, seguía siendo examinado por el Congreso en el momento de redactar este informe.<sup>39</sup>

36 Ley 100 de 1993, 23 de diciembre de 1993, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

37 La clasificación, que se actualiza mensualmente, se realiza mediante una encuesta y se calcula utilizando el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBÉN).

38 Página web oficial del presidente Gustavo Petro, “Salud para la vida y no para el negocio” <https://gustavopetro.co/salud-para-la-vida/>

39 Ministerio de Salud, proyecto de ley de reforma de salud, 13 de febrero de 2023 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>

### 3.3 La atención en salud como reparación para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC

Aunque todos los ciudadanos colombianos tienen derecho a la asistencia médica y de otro tipo en el sistema de salud ordinario, según el Derecho Internacional las víctimas/sobrevivientes de graves violaciones de derechos humanos también tienen derecho a interponer recursos y a una reparación adecuada, efectiva y rápida que incluya restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición como forma de reconocimiento y respuesta a los daños sufridos.<sup>40</sup>

El derecho a interponer recursos y a la reparación, recogido en el artículo 8 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se refleja en los tratados internacionales y regionales de los que Colombia es Estado parte.<sup>41</sup> La orientación autorizada sobre la interpretación del tratado en cuestión se proporciona en las Observaciones generales emitidas por los órganos de tratados pertinentes, incluso en relación con derechos específicos.<sup>42</sup> En sus Observaciones generales sobre el derecho a reparación en virtud del artículo 14 de la Convención contra la Tortura, por ejemplo, el Comité contra la Tortura subraya que “la provisión de medios para la rehabilitación más completa posible de quien haya sufrido daños como consecuencia de una infracción de la Convención ha de ser integral e incluir atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”. Los servicios especializados deben estar “disponibles, [ser] apropiados y fácilmente accesibles”.<sup>43</sup>

El derecho a la reparación también está consagrado en la Constitución de Colombia<sup>44</sup> y reforzado por diversas leyes y decisiones judiciales. La principal de ellas es la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras o “Ley de Víctimas”) que creó un marco para la “atención y reparación integral” (conocido como Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas) que incluye ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación en forma de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición a quienes, individual o colectivamente, sufrieron daños como

40 Véanse los Principios y directrices básicos de las Naciones Unidas sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, adoptados el 16 de diciembre de 2005.

41 Véanse, por ejemplo, el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, ratificado en 1969); los artículos 12 a 14 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Convención contra la Tortura, ratificada en 1987); el artículo 6 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ratificada en 1981); el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada en 1991); el artículo 24 de la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (ratificada en 2012); el artículo 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (ratificada en 1973); los artículos 8 y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (ratificada en 1998); y el artículo 7 de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (“Convención de Belém do Pará”) (ratificada en 1996).

42 Véase, por ejemplo, en relación con el PIDCP, Comité de Derechos Humanos, observación general n.º 31 (2004), Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto, documento de la ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add. 13, párrafo 16 (“Si no se otorga una reparación a los individuos cuyos derechos del Pacto han sido violados, la obligación de proporcionar un recurso efectivo [...] no se cumple”). En relación con el PIDESC (ratificado por Colombia en 1969), véase CESCR, observación general n.º 3, La índole de las obligaciones de los Estados Partes, párrafo. 5; observación general n.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 59 (“Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos”). Observación general n.º 20 (La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales), párrafo 40. Observación general n.º 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párrafo 29. Asimismo, en relación con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por Colombia en 2011), véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general n.º 6 (2018) sobre igualdad y no discriminación, documento de la ONU CRPD/C/GC/6, párrafos 22, 31, 37, 73.

43 Comité contra la Tortura, observación general n.º 3 (2012), aplicación del artículo 14 por los Estados Partes. Documento de la ONU CAT/C/GC/3, párrafos 11-15.

44 Constitución Política de Colombia de 1991, artículo transitorio 66.

consecuencia de violaciones de los derechos nacionales, humanos y del Derecho Internacional Humanitario cometidas después del 1 de enero de 1985 como consecuencia del conflicto armado interno.<sup>45</sup>

La Ley de Víctimas creó un marco nacional de reparaciones conocido como Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), que está coordinado por la Unidad para las Víctimas (también creada en virtud de la Ley de Víctimas) e integrado por 49 entidades públicas nacionales y territoriales con diversas funciones y responsabilidades en relación con el diseño y la aplicación de procesos y programas de reparación.<sup>46</sup>

Según la Ley de Víctimas, el programa nacional de reparaciones debe guiarse por ciertos principios, entre ellos la igualdad/no discriminación y un “enfoque diferencial” que tenga en cuenta las necesidades de las poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y discapacidad, o las que están expuestas a riesgos particulares como las mujeres, los jóvenes, los niños, los ancianos, las personas con discapacidad, los campesinos, los líderes sociales, los miembros de sindicatos, los defensores de los derechos humanos y las víctimas de desplazamientos forzados.<sup>47</sup> Los principios también exigen la participación activa de las víctimas/sobrevivientes en la formulación, aplicación y seguimiento de las políticas de “prevención, atención y reparación integral”.<sup>48</sup> Para ello, la Ley de Víctimas prevé la creación de Mesas de Participación de Víctimas (Mesas de Víctimas) a niveles nacional, departamental y municipal.<sup>49</sup>

Entre las medidas reparadoras previstas en la Ley de Víctimas, se encuentra la ayuda humanitaria a las “víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual”, que incluye atención médica y psicológica de urgencia.<sup>50</sup> Todos los hospitales públicos y privados están obligados a prestar dicha atención de urgencia a todas las víctimas del conflicto (incluidas las de la VSRC) que lo requieran, independientemente de su capacidad de pago o de cualquier otra condición.<sup>51</sup>

La Ley de Víctimas también preveía el establecimiento del PAPSIVI, para proporcionar atención en salud (no urgente), así como rehabilitación física, mental o psicosocial, a las víctimas del conflicto armado.<sup>52</sup>

El PAPSIVI, creado en 2013, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, consta de dos componentes: atención en salud integral y atención psicosocial.<sup>53</sup> El primero abarca la atención médica y de salud mental que, en la práctica, se presta en el marco del sistema de salud ordinario/SGSSS y está coordinada por las EPS.<sup>54</sup> Durante la última década, el componente de atención psicosocial ha sido proporcionado por organizaciones sin ánimo de lucro principalmente a través de equipos móviles de divulgación que ofrecen

---

45 Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas), 10 de junio de 2011, artículo 3, <https://reparations.qub.ac.uk/assets/uploads/Victims-Law-1448-2011.pdf>

46 La Ley de Víctimas tenía inicialmente una vigencia de 10 años (2011-2021), pero fue prorrogada por la Ley 2078 de 8 de enero de 2021 por 10 años más, hasta el 9 de diciembre de 2031, Unidad para las Víctimas, “Prórroga Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”: [https://www.unidadvictimas.gov.co/especiales/leyvictimas10/prorroga\\_unidad.html](https://www.unidadvictimas.gov.co/especiales/leyvictimas10/prorroga_unidad.html). Para consultar la lista de entidades que forman parte del SNARIV, véase “Entidades que conforman el SNARIV”, <https://snariv.unidadvictimas.gov.co/node/1000>.

47 Ley de Víctimas, Título I, Capítulo II, Principios Generales.

48 Ley de Víctimas, artículo 28 (5).

49 Ley de Víctimas, artículo 193.

50 Ley de Víctimas, artículo 47.

51 Ley de Víctimas, artículo 47, párrafo 2 y artículo 53.

52 Ley de Víctimas, artículos 137 y 138.

53 El PAPSIVI está regulado por el Decreto 4800 de 2011.

54 Ministerio de Salud, Atención integral en salud a Víctimas, [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_Atenc\\_Integral\\_Salud.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_Atenc_Integral_Salud.aspx)

a las víctimas del conflicto registradas en la Unidad para las Víctimas un número limitado de sesiones de atención psicosocial individual, familiar o comunitario y otras sesiones de apoyo.<sup>55</sup>

Sin embargo, también en respuesta a las debilidades reconocidas, incluida la limitada disponibilidad y la falta de coordinación y continuidad de la atención psicosocial proporcionada en el marco del PAPSIVI, el programa está en proceso de reforma. De acuerdo con un decreto del Ministerio de Salud de agosto de 2022 y las directrices de aplicación de una resolución de septiembre de 2022, el PAPSIVI se integrará gradualmente en el sistema de salud ordinario/SGSSS, de forma que en 2031 será parte integrante del mismo. Entre otras cosas, esto incluirá la creación de equipos de atención integral en los hospitales públicos compuestos por un médico, un psicólogo, un trabajador social, un enfermero y un trabajador de salud de la comunidad (una víctima/sobreviviente del conflicto armado) con la responsabilidad general de la atención en salud física, mental y psicosocial de las víctimas/sobrevivientes del conflicto. Al parecer, el nuevo modelo se estaba pilotando en el momento de redactar este informe.<sup>56</sup>

Por otro lado, la Unidad para las Víctimas también ofrece apoyo psicosocial, incluso a través de su programa “Estrategia de Recuperación Emocional Grupal” (EREG), que se imparte en sus Centros Regionales de Atención y Reparación a Víctimas (CRAV).<sup>57</sup> Esto difiere del apoyo psicosocial en el marco del PAPSIVI, entre otras cosas, porque generalmente consiste en sesiones de grupo y en él se emplean diferentes enfoques, como el arte, el teatro y otras “técnicas de representación artística”.<sup>58</sup>

Sin embargo, las víctimas/sobrevivientes sólo pueden recibir apoyo psicosocial de uno de los dos programas: una decisión que en algunos casos puede depender de la elección individual, pero que también está determinada por la disponibilidad y accesibilidad de los servicios (véase más adelante Objetivos a nivel estructural).

### 3.4 Reparaciones para las víctimas del conflicto según el Acuerdo Final de Paz de 2016

El compromiso con la justicia, incluida la reparación, para las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y otras formas de VBG también fue una característica central del Acuerdo Final de Paz de 2016 entre el Gobierno de Colombia y las FARC-EP, que creó el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición (Sistema Integral) para abordar las violaciones de los derechos humanos y del derecho humanitario cometidas por las fuerzas de seguridad del Estado y las FARC-EP antes del 1 de diciembre de 2016. A diferencia de la Ley de Víctimas, que prevé reparaciones individuales, el Acuerdo Final garantizaba reparaciones simbólicas y colectivas, incluidos el reconocimiento de la responsabilidad, disculpas públicas,

55 El número de sesiones varía en función de las necesidades identificadas pero, según las entrevistas realizadas por ASP y las fuentes secundarias, suele ser de ocho sesiones.

56 Ministerio de Salud, Decreto 1650 de 2022, 6 de agosto de 2022, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=191746> y Resolución 1739 de 2022, 22 de septiembre de 2022, <https://www.scribd.com/document/637601471/1-1-Resolucion-1739-Asignacion-de-recursos-PAPSIVI-2022> y sus directrices de aplicación (en los archivos de ASP).

57 Véase “Procedimiento estrategias de recuperación emocional grupales” de la Unidad para las Víctimas, 4 de junio de 2021, <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/45procedimientoestrategiasderecuperacionemocionalgrupalesv8.pdf>

58 Un informante clave informó a ASP de que la Unidad para las Víctimas ahora presta sesiones individuales. Aunque ASP no pudo confirmar esta información, sí pudo confirmar que se han prestado sesiones individuales en el pasado, por ejemplo, en cuatro CRAV en 2019. Véase “Seguimiento a la implementación del Acuerdo Final para la Paz en los aspectos relacionados con salud: Acceso a la rehabilitación física y psicosocial de la población víctima del conflicto armado”, marzo de 2022, p. 59, [https://observatoriofiscal.contraloria.gov.co/Publicaciones/2022\\_002\\_Seguimiento%20a%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20Acuerdo%20Final%20para%20la%20Paz%20la%20rehabilitaci%C3%B3n%20f%C3%ADsica%20.pdf](https://observatoriofiscal.contraloria.gov.co/Publicaciones/2022_002_Seguimiento%20a%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20Acuerdo%20Final%20para%20la%20Paz%20la%20rehabilitaci%C3%B3n%20f%C3%ADsica%20.pdf)

la condena de los infractores y sanciones reparadoras.<sup>59</sup> Además, en el Acuerdo Final, el Gobierno se comprometió específicamente a mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención psicosocial para las víctimas del conflicto, incluso para abordar “el impacto particular de la violencia sexual”.<sup>60</sup>

Entre los mecanismos establecidos en el marco del Sistema Integral se encontraba la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, que finalizó su labor en agosto de 2022. El informe final de la Comisión de la Verdad contenía capítulos centrados en las violaciones de los derechos humanos cometidas contra poblaciones específicas, como las mujeres y las personas LGBTIQ+, los niños y los pueblos étnicos, incluyendo en todos ellos subsecciones o referencias a la violencia sexual y de género.<sup>61</sup> La Comisión de la Verdad sentó un precedente al incorporar una subsección específica sobre la VSRC contra hombres cisgénero heterosexuales dentro de su capítulo de género.<sup>62</sup> Esta sección incluyó un análisis de los impactos individuales y colectivos sobre la salud física y mental, las barreras para denunciar y los mecanismos de afrontamiento de los hombres víctimas/sobrevivientes de la VSRC en Colombia. Recomendó políticas sensibles al género que incorporen el tema al destacar que “es necesario desarrollar políticas públicas orientadas a la promoción de formas de masculinidad distintas, que pongan en debate los estereotipos culturales de «ser hombre», evidencien la vulnerabilidad masculina ante la violencia sexual e incidan en formas adecuadas de prevención, atención y reparación para los sobrevivientes de dicha victimización”.<sup>63</sup> También se hace referencia a la violencia sexual y de género contra hombres y niños en el capítulo étnico de la Comisión de la Verdad, en el que se describen casos de violencia sexual y de género contra hombres indígenas y afrodescendientes, incluso con OSIGEGCS diversa, y se hace hincapié en la importancia de avanzar en “la investigación y la visibilización de estas violencias y en la atención psicosocial a las víctimas”.<sup>64</sup>

En su capítulo de hallazgos y recomendaciones, la Comisión de la Verdad exhortó al Ministerio de Salud, a la Unidad para las Víctimas y a las Secretarías de Salud municipales y departamentales a fortalecer la atención integral en salud (física y mental) y la atención psicosocial a todas las víctimas del conflicto. Esto incluía garantizar “la continuidad del servicio, la formación del personal, la sostenibilidad de los procesos y la ampliación de cobertura en general a través de, entre otras, la puesta en marcha de estrategias móviles en zonas rurales”. También pidió que se fortalezcan las capacidades (protocolos y formación) para hacer

---

59 Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, (2016), <https://www.peaceagreements.org/viewmasterdocument/1845>

60 Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, (2016).

61 Comisión de la Verdad, Informe Final, agosto 2022, <https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>

62 Comisión de la Verdad, Informe Final, *Capítulo de Mujeres y personas LGBTIQ+, Caso “Violencias Sexuales contra Hombres en el Marco del Conflicto Armado”*, agosto 2022, <https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/2022-08/Caso%20Violencias%20Sexuales%20contra%20Hombres.pdf>. Hace referencia al informe de ASP entregado a la Comisión de la Verdad, *Informe sobre la violencia sexual contra hombres y niños relacionada con los conflictos, elaborado para la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición de Colombia*, 11 de diciembre 2020, <https://allsurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2020/12/Informe-sobre-la-violencia-sexual-contra-hombres-y-ninos.pdf>. Para más información sobre el trabajo de otras comisiones de la verdad en relación con la VSRC contra hombres y niños, véase, por ejemplo, Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ), *When No One Calls it Rape, Addressing Sexual Violence Against Men and Boys in Transitional Contexts*, 2016, [https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ\\_Report\\_SexualViolenceMen\\_2016.pdf](https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Report_SexualViolenceMen_2016.pdf)

63 Comisión de la Verdad, Informe Final, *Capítulo de Mujeres y personas LGBTIQ+, Caso “Violencias Sexuales contra Hombres en el Marco del Conflicto Armado”*, agosto 2022, pág. 31.

64 Comisión de la Verdad, Informe Final, *Resistir no es aguantar. Violencias y daños contra los pueblos étnicos de Colombia*, agosto de 2022, <https://www.comisiondelaverdad.co/resistir-no-es-aguantar>; El Informe Final de la Comisión de la Verdad hace referencia a *Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Sexual Violence against Men and Boys in the Context of the Armed Conflict in Colombia*, 19 de junio de 2022.

frente a los efectos particulares y desproporcionados de determinados hechos victimizantes, entre ellos “violencias sexuales y reproductivas”. Sus recomendaciones enfatizaban además la necesidad de que las medidas se diseñen en coordinación con las víctimas y sus organizaciones, para abordar y reparar daños específicos según el hecho victimizante, y aplicar el principio de “enfoques diferenciales de género, étnico, discapacidad y curso de vida”.<sup>65</sup>

La rama judicial del Sistema Integral, la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), cuyo mandato continúa hasta 2028, está diseñada para lograr la responsabilidad penal a través de un sistema mixto de justicia restaurativa y retributiva dirigido a satisfacer a las víctimas y, al mismo tiempo, a reintegrar a los autores. Para ello, puede ordenar a los autores de delitos que no puedan acogerse a la amnistía pero que hayan reconocido públicamente su responsabilidad y ofrecido un relato completo y veraz de sus delitos que emprendan “proyectos de justicia restaurativa” de forma conjunta con las víctimas/sobrevivientes.

Hasta la fecha, la JEP ha investigado la VSRC dentro de los casos temáticos o territoriales existentes.<sup>66</sup> Sin embargo, en el momento de redactar este informe se disponía a abrir un caso específico para investigar la “violencia sexual, violencia reproductiva y otros crímenes cometidos por prejuicio, odio y discriminación de género, sexo, identidad y orientación sexual diversa en el marco del conflicto armado” (macrocaso 11).<sup>67</sup> Aunque se ha remitido a la JEP información sobre casos de VSRC contra hombres y niños, incluidos de género masculino cisgénero heterosexuales, así como aquellos con OSIGEGCS diversa, no está claro si estos casos se abordarán en las investigaciones realizadas en el marco del macrocaso 11, ni en qué medida.<sup>68</sup>

En el Acuerdo Final, el Gobierno se comprometió específicamente a mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención psicosocial para las víctimas del conflicto, incluyendo abordar “el impacto particular de la violencia sexual”.

65 Comisión de la Verdad, informe final, *Hallazgos y Recomendaciones*, agosto de 2022, <https://www.comisiondelaverdad.co/hallazgos-y-recomendaciones-1>

66 Los casos de VSRC han sido investigados en el marco de los macrocasos de JEP 01 (secuestros cometidos por las FARC-EP); 02, 04 y 05 (casos regionales relacionados con el departamento de Nariño y las regiones de Urabá, Norte del Cauca y Sur del Valle del Cauca); 07 (reclutamiento y utilización militar de niños), 08 (delitos no amnistiables cometidos por fuerzas de seguridad del Estado, agentes estatales en asociación con grupos paramilitares), 09 (delitos contra pueblos y territorios étnicos) y 10 (delitos no amnistiables cometidos por las FARC-EP). Sin embargo, se ha criticado que no se haya dado prioridad a la VSRC o se haya abordado adecuadamente en estos casos temáticos o regionales. Véase, por ejemplo Sisma Mujer, *Tratamiento de la temática de la violencia sexual en la Jurisdicción Especial para la Paz: Llamado feminista para poner fin a la impunidad y construir una paz con enfoque de género*, 23 de mayo de 2022, <https://www.sismamujer.org/wp-content/uploads/2022/05/Tratamiento-de-la-violencia-sexual-en-la-JEP-7.pdf>

67 JEP, Sala de reconocimiento de verdad, de responsabilidad y de determinación de los hechos y conductas, auto n.º 103, 11 de julio de 2022, [https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/auto\\_srvr-103\\_11-julio-2022.htm](https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/auto_srvr-103_11-julio-2022.htm)

68 Según el Grupo de Análisis de Información (GRAI) de la JEP, el 8,7 % de los casos de VSRC desde 1990 dentro del “universo provisional de casos” presentados a la JEP son de género masculino, Secretaría Ejecutiva de la JEP, Respuesta a la petición de ASP, n.º 202301027557, 8 de junio de 2023. Véase también ASP, *Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Sexual Violence against Men and Boys in the Context of the Armed Conflict in Colombia*, 19 de junio de 2022.

## 4.

# Daños sufridos por las víctimas/ sobrevivientes de la VSRC

---

Los daños derivados de la VSRC son variados, a menudo muy complejos y con frecuencia duraderos. Además de afectar a las víctimas/sobrevivientes individuales, los daños pueden extenderse a las parejas, los hijos, otros familiares y las comunidades, y también pueden ser intergeneracionales. Los informantes clave describieron numerosas y graves consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas que experimentaron las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, mientras que las víctimas/sobrevivientes de género masculino que fueron entrevistados para este informe hablaron de los daños que habían sufrido, y que en la mayoría de los casos seguían soportando.

Aunque no sean exhaustivos, los siguientes apartados recogen otros impactos descritos a ASP por informantes clave y víctimas/sobrevivientes.

### 4.1 Daño físico

---

Durante las entrevistas se destacaron muchas consecuencias físicas de la VSRC. Se mencionaron lesiones físicas que eran consecuencia directa de violaciones u otras formas de violencia sexual, que en algunos casos, tenían graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva a largo plazo o incluso la muerte. Un trabajador de salud describió otro caso especialmente atroz en el que un hombre fue atado a un árbol por actores armados y castrado, lo que le provocó graves lesiones físicas y heridas que se infectaron porque no se le trataron inmediatamente.<sup>69</sup>

Las víctimas/sobrevivientes explicaron que debieron realizárseles intervenciones médicas de urgencia por lesiones provocadas por la penetración anal. Tanto las víctimas/sobrevivientes como los informantes clave destacaron también las consecuencias a más largo plazo, incluidos los problemas proctológicos y gastrointestinales, las hemorroides y la incontinencia fecal como consecuencia de las lesiones y los desgarros anales. El dolor crónico, sobre todo de espalda, era habitual entre las víctimas/sobrevivientes a los que se entrevistó, y varias de ellas seguían teniendo dificultades para permanecer sentadas durante largos periodos.

Las palizas y otros actos violentos que acompañaban a la violencia sexual también provocaron daños físicos, como heridas en la cabeza; problemas de visión y auditivos, que en un caso prácticamente provocaron ceguera; piezas dentales rotas y perdidas; huesos rotos y fracturados; y cicatrices permanentes. Algunas víctimas/sobrevivientes manifestaron que sufrían dolores crónicos como consecuencia de las palizas y, en

---

69 Entrevista por Zoom al representante de una ONG nacional que presta servicios de SMAPS a las víctimas/sobrevivientes de la VSRC en la región del Meta, 4 de agosto de 2022.

algunos casos, la gravedad de las agresiones había dejado a la víctima/sobreviviente con discapacidades físicas que incluso afectaban su capacidad para caminar.

El riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) también fue planteado por los informantes clave, y una de las víctimas/sobrevivientes de género masculino entrevistadas dijo que había contraído sífilis tras haber sido objeto de la VSRC y explicó que sigue padeciendo problemas de visión, lo que atribuyó a la infección.<sup>70</sup>

## 4.2 Efectos psicológicos y psicosociales

---

Los daños psicológicos y psicosociales notificados como consecuencia del VSRC también fueron graves y duraderos. En cuanto a las víctimas/sobrevivientes, un informante clave sostuvo que la VSRC “[lleva a] la ruptura de sus proyectos de vida” y otro explicó que “le dejaba como en un limbo”.<sup>71</sup>

Entre los síntomas psicológicos descritos en las entrevistas y el taller de validación, se encontraban la depresión, la ansiedad y los sentimientos de desesperanza. Varias víctimas/sobrevivientes reconocieron que habían tenido pensamientos suicidas y tres afirmaron que habían intentado suicidarse. Otras admitieron que sentían ira, frustración, agresividad y miedo, así como trastornos del sueño y pensamientos intrusivos.

También se informó de problemas de comportamiento. Según una informante clave, “como [con] todas las víctimas de violencia sexual, sea hombre o mujer, siempre existe una afectación de tipo emocional bastante, bastante fuerte. Existen afectaciones también a nivel comportamental, a nivel sexual, y muchos sentimientos de culpa”.<sup>72</sup> Varias víctimas/sobrevivientes dijeron que se habían apartado de las personas de su entorno. Uno que había sido objeto de violencia sexual cuando era niño se describió a sí mismo como alguien que se había vuelto “rebelde”, lo que provocó que fuera “agredido” física y psicológicamente de manera continua por su padrastro y otros familiares.<sup>73</sup> Los informantes clave también hablaron de la asunción de riesgos y de los comportamientos negativos de las víctimas/sobrevivientes de género masculino para hacer frente a la situación. Según uno de ellos, las víctimas, hombres y niños, que habían sufrido VSRC estaban “más abiertas al riesgo, a tener relaciones sexuales a más temprana edad, al consumo de sustancias psicoactivas”.<sup>74</sup>

Aunque estos síntomas no son exclusivos de las víctimas/sobrevivientes de género masculino, la forma en que se manifiestan y se muestran los daños derivados de la VSRC puede variar según el sexo o el género. La informante clave citada anteriormente explicó que, en su experiencia trabajando de especialista en VBG/protección para una ONG internacional, los hombres suelen mostrar síntomas diferentes a los de las mujeres víctimas/sobrevivientes: “a veces mayor agresividad, diferentes que los rasgos predominante de las

---

70 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sífilis no tratada puede provocar graves problemas de salud. La sífilis ocular puede causar dolor ocular, visión borrosa, sensibilidad a la luz o ceguera. Véase <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>.

71 Entrevistas por Zoom a un abogado que trabaja para una ONG nacional en la región Caribe, 29 de abril de 2022, y a un especialista en salud mental que trabaja para el gobierno colombiano en la región del Pacífico, 28 de julio de 2022.

72 Entrevista por Zoom con el representante de una ONG nacional que presta atención psicológica a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en varias regiones de Colombia, 12 de mayo de 2022.

73 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región de la Orinoquía, 27 de marzo de 2022.

74 Entrevista por Zoom a un especialista en VBG/protección que trabaja para una ONG en Bogotá, 25 de julio de 2022.

mujeres de tristeza, depresión”, mientras que los niños pueden “experimentar cambios de comportamiento bastante bruscos en términos de agresividad, pero también de extrema pasividad”.<sup>75</sup>

Esta y otras observaciones similares se ven corroboradas por estudios académicos con los que se ha descubierto que, mientras que la ansiedad y la depresión son más comunes entre las mujeres víctimas/sobrevivientes, los hombres suelen mostrar comportamientos externalizadores, como conductas antisociales y abuso de sustancias.<sup>76</sup>

Varios informantes clave hicieron hincapié en la forma en que la violencia sexual, relacionada o no con los conflictos, suele llevar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino a cuestionar su masculinidad, lo que, a su vez, puede disuadirles de revelar su experiencia y buscar ayuda. Otros describieron cómo la VSRC puede hacer que las víctimas/sobrevivientes de género masculino heterosexuales cuestionen su orientación sexual y experimenten otros efectos negativos en su sentido de la identidad y en sus relaciones íntimas de pareja.

Una víctima/sobreviviente que experimentó por primera vez la VSRC de niño explicó que “también le tengo miedo a la intimidad, le tengo miedo al sexo, y no por lo que haya pasado, porque tengo que aprender a vivir con eso, sino porque hay momentos del acto sexual que me llevan a mi pasado”.<sup>77</sup> Un especialista en SMAPS describió el caso de un hombre que tenía más de 30 años cuando fue derivado a él, pero que había sido víctima de la VSRC de adolescente, y señaló: “me llamó la atención que refería una persistencia de sintomatología sobre todo relacionada con su claridad sobre la orientación sexual. Estaba muy afectado y llevaba una vida como heterosexual, pero tenía grandes dificultades para el goce de su sexualidad y estaba muy marcado por su experiencia”.<sup>78</sup>

Otras fuentes han destacado además los daños experimentados por las víctimas/sobrevivientes de grupos indígenas u otros grupos étnicos, incluidos los pueblos afrocolombianos, o de comunidades campesinas para quienes los cambios de comportamiento o emocionales derivados de su experiencia de la VSRC pueden contribuir a otros efectos negativos, incluida su exclusión de la vida comunitaria y de los rituales. Entre estas comunidades, la VSRC no sólo puede limitar la participación de las víctimas/sobrevivientes individuales en la vida colectiva y espiritual, sino que puede dar lugar a que sus comunidades se empobrezcan más o queden marginadas.<sup>79</sup>

Aunque la identificación de los daños diferenciales no se encuadraba en el alcance de la investigación, un informante clave que trabaja en la región del Pacífico explicó que se habían encontrado con casos de VSRC contra hombres y niños de comunidades indígenas y que a estas víctimas/sobrevivientes les resultaba

---

75 Entrevista por Zoom a un especialista en VBG/protección que trabaja para una OING en Bogotá, 25 de julio de 2022.

76 Véase, por ejemplo, Eli Teram y otros, “Towards Male Centric Communication: Sensitizing Health Professionals to the Realities of Male Childhood Sexual Abuse Survivors”, *Issues in Mental Health Nursing*, junio de 2006, volumen 27, número 5, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16613801/>; Elisa Romano y Rayleen De Luca, “Male Sexual Abuse: A Review of Effects, Abuse Characteristics, and Links with Later Psychological Functioning, Aggression And Violent Behavior”, *Aggression and Violent Behavior*, enero-febrero de 2001, (en inglés) volumen 6, número 1, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178999000117>; y Sarah Rosenfield, “Gender and Dimensions of the Self: Implications For Internalizing and Externalizing Behavior”, serie de la American Psychopathological Association. *Gender and its Effects on Psychopathology*, octubre de 2012, (en inglés), <https://psycnet.apa.org/record/2001-18724-002>

77 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región de la Orinoquía, 27 de marzo de 2023.

78 Entrevista por Zoom a un especialista de SMAPS que trabaja para una institución de salud gubernamental de la región del Pacífico, 28 de julio de 2022.

79 Global Survivors Fund, *Estudio sobre la situación y las oportunidades del derecho a la reparación para las víctimas y sobrevivientes de violencias sexuales y reproductivas del conflicto armado en Colombia*, junio de 2022, <https://www.globalsurvivorsfund.org/guide>

especialmente difícil hablar de lo que les había ocurrido y describir los impactos derivados de ello. El mismo informante clave subrayó que para las víctimas/sobrevivientes indígenas el “impacto colectivo” en las comunidades puede ser especialmente perjudicial por la forma en que perturba las relaciones espirituales y ancestrales que forman parte de su sistema de creencias.<sup>80</sup> Otro informante clave habló del “choque cultural” que a menudo experimentan las personas de las comunidades indígenas si son desplazadas (incluso como consecuencia de incidentes de VSRC) a zonas urbanas, y del posterior rechazo de sus comunidades si intentan regresar a ellas.<sup>81</sup>

### 4.3 Efectos socioeconómicos

---

La VSRC es una causante bien asentada del desplazamiento forzado en Colombia, donde la han ejercido los actores armados como táctica para obligar a los civiles a abandonar sus lugares de origen.<sup>82</sup> Aproximadamente la mitad de las víctimas/sobrevivientes entrevistadas declararon que debieron desplazarse como consecuencia directa de la VSRC que padecieron. Esta experiencia de desplazamiento agravó el trauma físico y psicológico de la VSRC, provocó la pérdida de hogares, tierras y ganado y otras formas de ingresos, así como de redes familiares y sociales.

Varias víctimas/sobrevivientes que habían sido sometidas a VSRC reconocieron a ASP que les resultaba difícil trabajar o terminar sus estudios después de haber sufrido ese tipo de violencia. Uno describió cómo “pasé muchos años aislado” por vergüenza.<sup>83</sup> Un experto en protección de la niñez explicó los efectos en cascada de la VSRC sobre las víctimas/sobrevivientes de la infancia (niños o niñas) y la forma en que puede socavar sus oportunidades en la vida. En sus propias palabras:

“En el caso de niñez, la escolarización es el primer riesgo, o sea, chicos que estaban estudiando dejan de asistir, se sienten totalmente desmotivados y los chicos que no estaban escolarizados desisten y no tienen interés. Algunos de los adolescentes que hemos atendido son chicos que trabajan en calle, en diversas prácticas: limpiavidrios y recicladores. [Sienten] temor a salir de sus hogares, temor a pasar a las zonas donde se perpetró el evento y lamentablemente, también genera un impacto en las dinámicas sociales de la familia en cuanto a los ingresos que pueden percibir, en cuanto a la forma como subsisten, puede hacer que cambien las prácticas que tenían, teniendo en cuenta la ingesta de alimentos y demás porque disminuyen absolutamente estos ingresos que percibían”.<sup>84</sup>

El riesgo de quedarse sin hogar y de verse obligado a ejercer ocupaciones peligrosas para sobrevivir, como el trabajo sexual, fue destacado por otros informantes clave, tanto en relación con las víctimas/sobrevivientes de género masculino, ya sea adultos y niños, como por las propias víctimas/sobrevivientes. Al menos una víctima/sobreviviente atribuyó su experiencia de verse desplazado y sin hogar, a la violencia sexual, y relató que se había dedicado al trabajo sexual para ganar dinero y sobrevivir.

---

80 Entrevista por Zoom a un experto en salud mental que trabaja para una institución gubernamental de la región del Pacífico, 28 de julio de 2022.

81 Entrevista a un experto en salud mental que trabaja para una institución gubernamental de la región Caribe, 22 de julio de 2022.

82 Amnistía Internacional, *Todo queda atrás. Desplazamiento interno en Colombia*, 16 de junio de 2009, <https://www.amnesty.org/en/documents/AMR23/015/2009/en/>

83 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Andina, 27 de marzo de 2022.

84 Entrevista por Zoom a un experto en protección de menores que trabaja para una OING en Bogotá, 7 de abril de 2022.

## 5.

# Obstáculos a la asistencia en salud

---

Las víctimas/sobrevivientes de la VSRC suelen necesitar atención médica especializada y SMAPS inmediatas y a largo plazo. Sin embargo, acceder a unos servicios en salud oportunos y de calidad supuso un reto para la mayoría de las víctimas/sobrevivientes de género masculino que entrevistó ASP. De los 10 hombres entrevistados:

- Sólo uno buscó atención médica en las 72 horas siguientes a haber sido víctimas de la VSRC
- La mayoría de los restantes buscó atención en salud muchos años después del incidente de la VSRC: cuatro lo hicieron más de una década después del suceso, uno, 40 años después.
- Seis dijeron que, aunque habían acudido a la atención en salud por lesiones derivadas de la violencia sexual, en realidad no habían revelado que eran víctimas/sobrevivientes de esa violencia.
- Cuatro nunca accedieron a servicios de salud por motivos relacionados a los impactos de la violencia sexual.

Una víctima/sobreviviente resumió la experiencia de muchos con las palabras “Tuve que sanar solo”, explicando que “no tuve un médico profesional, no tuve un apoyo emocional, entonces, tuve que, como decimos en Colombia, hacer de tripas corazón y seguir adelante... Tengo esa frase que me digo todas las veces que puedo frente al espejo... “Tú eres listo, eres importante, entonces, vamos para adelante”. Ese es mi psicólogo, esa es mi ayuda del psicólogo”.<sup>85</sup>

Hubo consenso entre todos los entrevistados (víctimas/sobrevivientes e informantes clave) en que, a menos que se requiriera tratamiento médico urgente por lesiones físicas graves, las víctimas/sobrevivientes de género masculino no suelen buscar asistencia en salud y en que, aunque se busque tratamiento médico, los hombres y los niños no suelen revelar la verdadera razón de las lesiones o síntomas que presentan.

Pero estos retrasos pueden acarrear graves consecuencias: como señala el Comité contra la Tortura en su observación general n.º 3, “Para muchas víctimas, el paso del tiempo no atenúa el daño y en algunos casos este puede aumentar como resultado del estrés postraumático, que requiere asistencia médica, psicológica y social que muchas veces no está al alcance de quienes no han obtenido una reparación”.<sup>86</sup>

Una de las víctimas/sobrevivientes que había contraído sífilis debido a la VSRC dijo que no había recibido un diagnóstico preciso durante muchos años porque tenía mucho miedo de revelar al médico lo que le había ocurrido. Explicó “yo siempre iba al médico, y el médico me mandaba analgésicos, droga que me calmaba un tiempo. Ya en el 2018 tuve una recaída muy fuerte, fui al médico y ahí fue donde los médicos, por la EPS,

---

85 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región de la Orinoquía, 27 de marzo de 2022.

86 Comité contra la Tortura, observación general n.º 3, párrafo 40.

me hicieron un seguimiento profundo. Me mandaron una serie de exámenes y ahí fue donde detectaron que tenía esa enfermedad. Hacía muchos años que la tenía”.<sup>87</sup>

Como en este caso, el efecto de las lesiones y la salud física suelen empeorar si no se tratan, y el riesgo de contraer el VIH y otras ITS aumenta drásticamente si no se administran rápidamente la profilaxis post-exposición (PEP) y otros tratamientos, como la vacuna contra la hepatitis B tras la exposición y el tratamiento de la sífilis y la gonorrea.<sup>88</sup> La recuperación de la salud mental y de los efectos psicosociales de la VSRC también puede retrasarse si no se pone a disposición de las víctimas/sobrevivientes, de forma rápida y fácil, un apoyo competente en materia de género y centrado en los sobrevivientes.<sup>89</sup>

La investigación señaló múltiples razones por las que las víctimas/sobrevivientes no quieren o no pueden acceder a una asistencia en salud adecuada, muchas de las cuales están relacionadas con las deficiencias generales en la prestación de la asistencia en salud y, por tanto, no son específicas de los hombres y los niños. Sin embargo, algunos de los obstáculos identificados estaban más relacionados con el género y solían estar sustentados por factores como la falta de concientización de que los hombres y los niños (al igual que las mujeres y las niñas) pueden sufrir VSRC; la falta de comprensión de los daños diferenciados por género que pueden derivarse de la violencia sexual; y unas interpretaciones culturales de la masculinidad y la sexualidad muy arraigadas que no sólo afectan a las actitudes del personal en salud hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino, sino que influyen profundamente en cómo interiorizan los daños las personas afectadas, así como en la forma en que sus familias y comunidades responden.

Aunque la metodología de investigación no permitió un análisis detallado de las disparidades regionales, se dio el caso de que la mayoría de los obstáculos identificados eran comunes en todos los departamentos de interés. Sin embargo, los obstáculos eran a menudo más marcados en las zonas más remotas o rurales, donde los niveles de inseguridad son más elevados y la presencia del Estado más débil, como en las regiones de la Amazonía, de la Orinoquía y del Pacífico.<sup>90</sup>

En el siguiente apartado se exponen los obstáculos mencionados por las víctimas/sobrevivientes y los informantes clave entrevistados para este informe en forma de modelo socioecológico, que es un marco teórico utilizado a menudo en salud pública para identificar los complejos factores ambientales y personales que influyen en el comportamiento individual de búsqueda de asistencia

De los 10 hombres entrevistados: La mayoría buscó atención en salud muchos años después del incidente de la VSRC- cuatro lo hicieron más de una década después del suceso, uno, 40 años después.

87 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región andina, 27 de marzo de 2022.

88 Según las directrices de la OMS, la PEP debe ofrecerse lo antes posible a todas las personas con una exposición que tenga potencial para la transmisión del VIH, y lo ideal es que se haga en un plazo de 72 horas. OMS, *Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV. Recommendations For a Public Health Approach: Suplemento de diciembre de 2014 a 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infections*, diciembre de 2014, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506830>. Véase también MSF: <https://www.msf.org/sexual-violence>.

89 IASC, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, 1 de junio de 2007.

90 Como se señala en el apartado de metodología, es necesario seguir investigando para establecer un análisis más detallado de las diferencias geográficas e identificar respuestas más específicas para cada contexto.

en salud. El modelo se ha adaptado para este informe con el fin de identificar los obstáculos a la asistencia en salud en los siguientes niveles:

- **Estructural:** relativas al diseño del sistema de salud, incluida la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud tanto primarios como especializados, y el marco jurídico y político y la orientación sobre la prestación de asistencia en salud a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual (incluida la VSRC).
- **Organizacional:** las actitudes y los comportamientos del personal de salud; su formación y experiencia; la dotación de recursos de los centros de salud y la rotación y retención del personal; la calidad de la atención; y la confidencialidad y privacidad del paciente.
- **Comunitario:** los niveles de seguridad/inseguridad relacionados con el conflicto, las normas sociales y las actitudes y comportamientos de la comunidad y la familia hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino.
- **Individual:** creencias, conocimientos y experiencias personales de las víctimas/sobrevivientes individuales que pueden permitirles o impedirles buscar asistencia en salud o aceptar o revelar su experiencia de VSRC.

Como demuestra el marco socioecológico, ninguno de los cuatro niveles funciona de forma aislada. Más bien las víctimas/sobrevivientes suelen enfrentarse a múltiples barreras que se refuerzan mutuamente a todos los niveles para poder acceder a una atención en salud oportuna, de calidad, competente en materia de género y centrada en el sobreviviente, lo que significa que se necesita un enfoque holístico para abordar los retos.

## 5.1 Obstáculos a nivel estructural

---

Durante la investigación, se identificaron cuatro obstáculos clave a nivel estructural. Los tres primeros se refieren a los obstáculos generales a la atención en salud que afectan a cualquier víctima/sobreviviente de la VSRC, no sólo a hombres y niños, mientras que el cuarto, relativo a la falta de políticas, protocolos y directrices que tengan en cuenta el género, es específico de la experiencia de las víctimas/sobrevivientes de género masculino:

- Disponibilidad desigual de atención médica y mental básica y de atención especializada para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.
- Falta de claridad sobre la obligación del personal en salud de denunciar los actos de violencia sexual a las autoridades judiciales y de otro tipo.
- Desafíos en el diseño y la prestación de apoyo psicosocial a través del PAPSIVI y por parte de la Unidad para las Víctimas.
- Políticas, protocolos y directrices no inclusivos en materia de género (o, en algunos casos, exclusivas) sobre el apoyo en salud a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual:

### Disponibilidad desigual de atención en salud básica y de asistencia especializada para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC

En el marco del sistema de salud descentralizado, en el que los municipios y departamentos son responsables de la administración, coordinación y supervisión de los servicios de salud en sus territorios,

existen importantes disparidades en la cobertura de la asistencia en salud básica. Las zonas más remotas y rurales están especialmente mal atendidas y se caracterizan por una falta de disponibilidad de servicios especializados para las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual fuera de las grandes zonas urbanas.

Las zonas rurales remotas también suelen carecer de infraestructuras de transporte, de forma que los viajes de ida y vuelta al centro de salud más cercano pueden llevar muchas horas o incluso días. Además, como el acceso inicial a cualquier tipo de asistencia en salud debe realizarse a través del nivel 1, y las derivaciones a la atención especializada sólo puede hacerlas un médico de cabecera de este nivel y después deben ser aprobadas por la EPS, puede haber retrasos significativos en la obtención de citas para los servicios especializados que a menudo requieren las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.

Los informantes clave y las víctimas/sobrevivientes destacaron en repetidas ocasiones que las largas distancias y los gastos, a menudo elevados, derivados de los desplazamientos constituían un obstáculo importante para acceder a la asistencia en salud. Un representante del Ministerio de Salud en Bogotá explicó que “si él [la víctima/sobreviviente] vive en una vereda a ocho horas de camino, cuatro de ellas a lomo de una mula, mientras logra llegar a una carretera donde pase el carro de turno, que solo pasa a ciertas horas... lo que implica que un desplazamiento a la atención en salud se le convierta en tres días: uno para poder llegar al municipio, dos para ser atendido y tres para regresarse”.<sup>91</sup>

Otro informante clave, un médico forense que trabaja en la región Caribe, explicó que se daba una situación similar en relación con las evaluaciones psicológicas que realiza para las investigaciones judiciales, para las que el coste de los desplazamientos, aunque sean relativamente cortos, puede ser prohibitivo. Tal como argumentó, “Hay personas que tienen que llegar a una valoración y eso está, más o menos, a tres horas de distancia. Ese tipo de viáticos en su gran mayoría no los costea a nadie, le toca a la persona costearse sus gastos, y más de una vez me han cancelado la cita porque no tienen el dinero. Lo que hago es que les programo una cita dos meses más adelante para que, pues, les dé tiempo a intentar solventar esa parte”.<sup>92</sup>

Varias víctimas/sobrevivientes señalaron que la duración y el coste del viaje y los gastos derivados les habían disuadido de buscar asistencia en salud, debido a las lesiones que harían incómodo el viaje o a sus limitados medios económicos. Otros señalaron el coste del alojamiento y otros gastos que conlleva tener que pasar la noche (o más tiempo) para poder acudir a las citas.

Los informantes clave dijeron a ASP que el diagnóstico y el seguimiento del VIH y otras ITS, la atención específica de los niños y la fisioterapia para ayudar a la rehabilitación y el tratamiento psicológico y psiquiátrico a largo plazo no suelen estar disponibles en las zonas remotas y rurales. Dado que estos y otros servicios médicos y de salud mental especializados que a menudo necesitan las víctimas/sobrevivientes de la VSRC no están disponibles a nivel local, acceder a ellos puede suponer desplazamientos aún más largos y costosos y puede implicar derivaciones a diferentes especialistas en distintos lugares, a veces dentro de su municipio de residencia, pero con frecuencia fuera. Dado que a menudo es necesario repetir las citas, los gastos de viaje y de otro tipo, pueden ser considerables.

---

91 Entrevista a un funcionario del Ministerio de Salud, 2 de agosto de 2022, Bogotá.

92 Entrevista por Zoom con un experto en SMAPS que trabaja en la región Caribe, 29 de julio de 2022.

Según el sistema actual de seguro médico, los gastos de desplazamiento a los centros de salud situados en el municipio en el que reside un paciente deben ser pagados generalmente por este. Este sistema no tiene en cuenta el hecho de que incluso el coste de los desplazamientos dentro del municipio de residencia puede resultar inasequible para muchas personas y, por tanto, impedir el disfrute del derecho fundamental a la salud.<sup>93</sup>

En este contexto, una sentencia de la Corte Constitucional de 2022 señaló que la EPS debe sufragar los gastos de desplazamiento en los casos en que el paciente no pueda permitírselo y en que la consiguiente falta de acceso al servicio comprometa su dignidad o su salud.<sup>94</sup> En cuanto a los desplazamientos entre municipios, una sentencia de la Corte Constitucional de 2021 recalcó que, de acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud (artículo 11), los desplazamientos a centros de salud situados en otro municipio deben estar cubiertos por las EPS, en particular para las personas con especial protección constitucional, incluidas las víctimas del conflicto. En la sentencia también se indicó que los gastos de “un acompañante” también debían estar cubiertos.<sup>95</sup> Sin embargo, en la práctica, las EPS a menudo no están dispuestas a aprobar los gastos de viaje dentro de los municipios o entre ellos, aunque se hayan obtenido derivaciones.<sup>96</sup>

Otro obstáculo para acceder a la asistencia que experimentan las víctimas/sobrevivientes desplazadas por el conflicto armado o que han abandonado sus lugares de residencia por otros motivos, es el proceso de registro de su nueva dirección en su EPS para poder acceder a la asistencia en salud (a través de las IPS) en su nueva ubicación.<sup>97</sup> Las víctimas/sobrevivientes comentaron a ASP que no entendían el proceso, que llevaba tiempo (normalmente varios meses según un informante clave) y que requería cierto nivel de alfabetización, así como acceso a Internet para poder presentar la solicitud en línea, que resulta más rápido y sencillo que en persona. Para el nuevo registro, también son necesarios documentos de identidad que a menudo se dejan atrás o se pierden durante el desplazamiento. Sin embargo, a menos o hasta que se complete el nuevo registro, las víctimas/sobrevivientes deben regresar a su municipio de origen para acceder a la asistencia en salud (que no sea de urgencia), lo que a menudo resulta imposible por razones como el tiempo, el coste y la seguridad.

### **Falta de claridad sobre los requisitos de la obligatoriedad de informar**

En virtud del “Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual” (Protocolo sobre Violencia Sexual) de 2012 del Ministerio de Salud y de otras leyes y políticas, los trabajadores de salud están obligados a denunciar los casos de violencia sexual a las autoridades judiciales y de otro tipo. Sin embargo, existía confusión entre los informantes clave sobre las obligaciones de informar.

---

93 Véase, por ejemplo, CESCR, observación general n.º 14, párrafo 12(b) (“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas” [no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad a la información]).

94 Corte Constitucional de Colombia, sentencia T - 277 de 2022, 1 de agosto de 2022, <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/T-277-22.htm>

95 Corte Constitucional de Colombia, sentencia T - 122/21 de 2021, 3 de mayo de 2021, <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-122-21.htm>

96 Por ejemplo, en un caso en el que ASP ha participado en la prestación de apoyo, su EPS denegó inicialmente a una víctima/sobreviviente los gastos de transporte para que él y un acompañante pudieran desplazarse para recibir atención psiquiátrica urgente en otro municipio al que había sido remitido por un médico general.

97 Si la EPS ya dispone de una red de IPS en el nuevo municipio, se trata de avisar al respecto. Sin embargo, si la actual EPS del individuo no dispone de una red IPS, será necesario volver a inscribirse en una nueva EPS.

Además, también existía preocupación por denunciar casos de VSRC por miedo a posibles represalias por parte de los actores armados, lo que puede suponer un obstáculo para que las víctimas/sobrevivientes accedan a protección, servicios jurídicos y a otros tipos de apoyo adecuados.

En virtud del Código de Procedimiento Penal de Colombia (Ley 906 de 2004), el personal médico y otros profesionales de salud están obligados a notificar a las autoridades del Estado de Derecho los incidentes de violencia sexual.<sup>98</sup> En consonancia con esto, el Protocolo sobre Violencia Sexual exige a los trabajadores de salud que “activen” de forma inmediata y simultánea las vías de justicia y protección, aunque sólo se proporcionan orientaciones sobre las vías de derivación para estas últimas en relación con las mujeres y los niños víctimas/sobrevivientes.<sup>99</sup>

Además, el Protocolo de Investigación de la Violencia Sexual de la Fiscalía General de 2016 estipula que cuando las entidades del sector salud atienden a víctimas de violencia sexual, están obligadas a informar de los hechos a la policía judicial, que deberá registrar una denuncia penal o iniciar un proceso penal.<sup>100</sup> Los trabajadores de salud también están obligados a informar a las autoridades de los casos de VBG por razones de salud pública introduciendo la información en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).<sup>101</sup>

Las víctimas/sobrevivientes entrevistados desconocían en general estas obligaciones de notificación y, por lo tanto, no parecen haber tenido una influencia significativa en el hecho de revelar su experiencia de VSRC al buscar atención médica u otro tipo de asistencia en salud, de haberlo hecho. Sin embargo, aunque en general se comprendían las obligaciones de notificación en relación con los niños víctimas/sobrevivientes, sí hubo confusión entre los informantes clave del sector salud sobre sus obligaciones de notificación y diferentes interpretaciones sobre cuándo y cómo debían aplicarse en relación con los adultos. Las tres principales áreas de confusión se referían a si se requiere el consentimiento de las víctimas/sobrevivientes; si la denuncia puede ser anónima y, en caso afirmativo, quién lo decide y qué conlleva esto en la práctica;<sup>102</sup> y si la obligación de denunciar los casos de víctimas/sobrevivientes se aplica sólo a los trabajadores de salud del sector público/estatal o también a los privados y a otros proveedores de salud no gubernamentales.

Además de la falta de claridad sobre los requisitos de denuncia, varios informantes clave apuntaron a que muchos trabajadores de salud son reacios a denunciar incidentes de VSRC a las autoridades judiciales y de otro tipo por miedo a las represalias de los actores armados. Según uno de ellos, esto puede dar lugar a que eviten preguntar a los pacientes por las causas de sus lesiones u otros síntomas, aunque se sospeche de violencia sexual. Esto a su vez significa que a las víctimas/sobrevivientes se les puede negar el tratamiento

---

98 Código de Procedimiento Penal, Ley 906 de 2004, 31 de agosto de 2004, artículo 67, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14787>

99 Fiscalía General de la Nación, Protocolo de Investigación de la Violencia Sexual, Guía de buenas prácticas y lineamientos para la investigación penal y judicialización de delitos de violencia sexual, adoptados mediante Resolución 01774 de 14 de junio de 2016, <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/Protocolo-de-investigación-de-violencia-sexual-cambios-aceptados-final.pdf>.

100 Fiscalía General de la Nación, Protocolo de Investigación de la Violencia Sexual, Guía de buenas prácticas y lineamientos para la investigación penal y judicialización de delitos de violencia sexual, adoptados mediante Resolución 01774 de 14 de junio de 2016.

101 Véase Ministerio de Salud y Protección Social (SIVIGILA) <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>

102 Aunque el Protocolo sobre Violencia Sexual prevé la denuncia anónima en los casos en que esta pudiera poner en peligro a la víctima/sobreviviente o al proveedor de servicios (especialmente en contextos gravemente afectados por conflictos), las interpretaciones de lo que esto significa y de cómo debe aplicarse difirieron entre los informantes clave.

médico o de otro tipo que necesiten, y que tampoco se les deriva a los servicios de protección, justicia y otros servicios que necesitan y a los que tienen derecho.<sup>103</sup>

### **Desafíos en el diseño y la prestación de apoyo psicosocial a través del PAPSIVI y la Unidad para las Víctimas**

Como se ha señalado en la sección de antecedentes, la Ley de Víctimas preveía la creación del PAPSIVI para garantizar la prestación de asistencia en salud física y mental no urgente dentro del sistema de salud y proporcionar apoyo para la rehabilitación psicosocial, mientras que la Unidad de Víctimas también cuenta con programas de apoyo psicosocial, incluido el programa EREG, para las víctimas del conflicto armado.

Tanto las víctimas/sobrevivientes como los informantes clave hicieron hincapié en la importancia del apoyo psicosocial. Aunque se describieron algunas experiencias positivas, también hubo críticas considerables sobre el diseño, el alcance y el enfoque del apoyo ofrecido, y varios participantes en la investigación cuestionaron que fuera adecuado para proporcionar el apoyo a largo plazo, de calidad y centrado en el sobreviviente al que las víctimas/sobrevivientes de la VSRC tienen derecho y que necesitan desesperadamente.<sup>104</sup>

La mayoría de las entrevistas para este informe, aparte de las entrevistas/talleres de validación, se realizaron antes de que el Ministerio de Salud emitiera el decreto y la resolución que establecían las reformas previstas del PAPSIVI. Dependiendo de lo bien que se apliquen y doten de recursos las reformas, la integración propuesta del PAPSIVI en el sistema de salud ordinario y la creación de equipos multidisciplinares en los hospitales públicos podrían contribuir en cierta medida a abordar las preocupaciones planteadas por las víctimas/sobrevivientes y los informantes clave. Sin embargo, el ritmo de la reforma es lento (la integración no se completará hasta 2031), mientras que las necesidades de las víctimas/sobrevivientes son urgentes. Esto apunta a la necesidad de acelerar la reforma y poner en marcha medidas provisionales para abordar las preocupaciones destacadas en la investigación efectuada para este informe.

La primera barrera para acceder al apoyo psicosocial como forma de reparación, ya sea en el marco del PAPSIVI o de los programas ofrecidos por la Unidad para las Víctimas, es el requisito de que la persona esté registrada en la Unidad de Víctimas. Para ello, debe hacer primero una declaración ante un funcionario público de una de las tres entidades que componen el Ministerio Público.<sup>105</sup> A continuación, se envía a la Unidad para las Víctimas, que dispone de 60 días para estudiar el caso, investigar y verificar las pruebas y emitir una decisión sobre la aceptación o no de la solicitud de registro. Si se niega el registro, el solicitante dispone de cinco días para apelar la decisión.<sup>106</sup>

Las víctimas/sobrevivientes describieron múltiples barreras para participar en este proceso largo y burocrático. Entre estos obstáculos se encontraban la falta de conocimiento y comprensión del proceso, el miedo a la seguridad física, la incomodidad a la hora de revelar a los funcionarios públicos lo que les había

---

103 Entrevista de validación con un médico clínico que trabaja para una OING, 9 de diciembre de 2022, Bogotá.

104 Las críticas de las víctimas/sobrevivientes se dirigían en su mayoría al PAPSIVI, pero en muchos casos no estaban seguras de a qué programa pertenecían, por lo que se entendió que las críticas generales se referían a menudo tanto al PAPSIVI como al programa EREG.

105 Las declaraciones pueden realizarse en cualquiera de las tres entidades dependientes del Ministerio Público: la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo o las Defensorías municipales y distritales.

106 Ley de Víctimas, artículo 157 reglamentado por el Decreto 4800 de 2011, capítulo II.

ocurrido y el miedo al estigma y la vergüenza en caso de que otras personas de su comunidad supieran lo que habían denunciado (véanse a continuación los obstáculos a nivel organizacional).

Como resultado, muchos hombres víctimas/sobrevivientes no están registrados en la Unidad para las Víctimas y los que sí lo están suelen no figurar como víctimas/sobrevivientes de la VSRC, sino más bien por violaciones asociadas como el desplazamiento forzado: un problema que se cree que surge no sólo por la reticencia a revelar que son víctimas/sobrevivientes de la VSRC, sino también por la falta de sensibilidad de los implicados en la toma de declaraciones y la revisión de las solicitudes.<sup>107</sup> Las víctimas/sobrevivientes también señalaron que muchas solicitudes

son denegadas pero que, teniendo en cuenta el poco tiempo disponible para apelar y la forma compleja en que se redactan las decisiones de la Unidad para las Víctimas, está más allá de la capacidad y los recursos de muchas víctimas/sobrevivientes impugnar las denegaciones.

Sin embargo, existen importantes consecuencias negativas derivadas de la falta de registro o de un registro inexacto. Las personas que no estén registradas no podrán acceder a los programas del PAPSIVI o de la Unidad para las Víctimas y, por lo tanto, se les niega el derecho al apoyo psicosocial como forma de reparación. Las que estén registradas por una violación distinta de la VSRC tendrán acceso a apoyo psicosocial y a otras medidas de reparación, incluida la indemnización, pero no a las adaptadas a las víctimas/sobrevivientes de la VSRC a las que tienen derecho en virtud de la Ley de Víctimas.<sup>108</sup>

A pesar de que no todas las víctimas del conflicto se han registrado en la Unidad para las Víctimas, el gran número de las que lo han hecho (más de 9,5 millones de personas) requeriría una capacidad significativa para responder a ellas con eficacia. Se trata de una capacidad de la que no disponen actualmente ni el PAPSIVI ni los programas psicosociales de la Unidad para las Víctimas.

El modelo PAPSIVI, pendiente de la aplicación de las reformas propuestas, se basa en el despliegue temporal de equipos móviles compuestos normalmente por un profesional en salud y psicosocial y un trabajador de divulgación de salud comunitaria (normalmente una víctima/sobreviviente del conflicto armado) en las zonas en las que haya víctimas del conflicto. La duración del despliegue depende de los acuerdos contractuales entre el Ministerio de Salud, sus socios ejecutantes y los miembros de los equipos móviles, pero suele ser por periodos relativamente cortos, de entre seis y nueve meses.

Este modelo acarrea múltiples dificultades al acceder al apoyo psicosocial al que tienen derecho las víctimas del conflicto en el marco del programa nacional de reparaciones. Entre los aspectos destacados

Muchos hombres víctimas/sobrevivientes no están registrados en la Unidad para las Víctimas y los que sí lo están suelen no estar registrados como víctimas/sobrevivientes de la VSRC, sino por hechos victimizantes asociados como el desplazamiento forzado.

107 Otras investigaciones de ASP indican que muchas víctimas/sobrevivientes de género masculino no denunciaron sus casos en el momento del delito y, por lo tanto, no habían solicitado el registro. Los que lo hicieron a menudo informaron del caso de desplazamiento forzado y omitieron la violencia sexual. Véase, por ejemplo, el trabajo de ASP en Colombia, consultar *Deponer las Armas, Retomar las Almas (Laying Down Arms, Reclaiming Souls): Sexual Violence against Men and Boys in the Context of the Armed Conflict in Colombia [Violencia sexual contra hombres y niños en el contexto del conflicto armado en Colombia]*, 19 de junio de 2022.

108 Por ejemplo, la cuantía de la indemnización a la que tienen derecho las víctimas/sobrevivientes difiere en función del “hecho victimizante” por el que se las registra (las víctimas/sobrevivientes de desplazamiento forzado tienen derecho a hasta 17 veces el salario mínimo, mientras que las víctimas/sobrevivientes de VSRC pueden recibir hasta 30 veces el salario mínimo). El salario mínimo en 2023 es de 1 160 000 pesos colombianos (aproximadamente 242 dólares estadounidenses).

por las víctimas/sobrevivientes se encontraban la falta de disponibilidad y continuidad de la atención derivada de la corta duración de los despliegues de los equipos móviles y el limitado número de sesiones que se ofrecen al haber presente un equipo, si es que lo hay (a menudo sólo ocho en la práctica).

Los informantes clave explicaron que las víctimas/sobrevivientes no podían acceder al apoyo psicosocial cuando lo deseaban, sino que tenían que esperar a que un equipo móvil llegara a su zona. Incluso entonces, es posible que el equipo sólo se ponga en contacto con ellos hacia el final del despliegue, con lo que no queda tiempo más que para unas pocas sesiones antes de que el equipo se marche. En caso de que una persona necesite más apoyo (lo que es probable cuando se abordan las complejas necesidades psicosociales de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC), tendrá que esperar a que se despliegue otro equipo (si eso llega a ocurrir), a veces con personal nuevo, para completar las sesiones.

También se expresó preocupación por el modelo de visitas domiciliarias según el cual los equipos móviles del PAPSIVI llaman a las puertas de las víctimas/sobrevivientes registradas. En las zonas en las que hay actores armados activos, se consideró que esto podía exponer a las víctimas/sobrevivientes a riesgos de seguridad, ya que la presencia del equipo móvil podía atraer la atención de los grupos armados hacia ellas o provocar violaciones de la confidencialidad si las personas no contaban a sus familiares o a los miembros de su comunidad que eran víctimas/sobrevivientes de la VSRC.<sup>109</sup>

El modelo de despliegue a corto plazo también tiene implicaciones para la calidad de la asistencia y el grado en que esta se adapta a las necesidades y deseos de cada víctima/sobreviviente. Aunque el PAPSIVI utiliza un enfoque diferencial, los miembros de los equipos móviles no reciben información detallada sobre las violaciones específicas sufridas por las víctimas/sobrevivientes individuales debido a la protección de datos. Esto significa que, a menos que la persona que recibe el apoyo esté dispuesta y se sienta capaz de revelar al equipo que es víctima/sobreviviente de la VSRC, la intervención psicosocial no se adaptará para abordar los daños específicos relacionados con esta experiencia.

El apoyo psicosocial ofrecido tanto en el marco de los programas psicosociales del PAPSIVI como de la Unidad para las Víctimas también fue criticado por no responder adecuadamente a las necesidades específicas de hombres y niños. Las víctimas/sobrevivientes fueron particularmente críticas con las sesiones psicosociales grupales en las que también estaban presentes víctimas/sobrevivientes de violaciones de derechos humanos distintas de la CRSV, porque eran demasiado generales para responder adecuadamente a sus necesidades específicas y, en el caso de dos, porque no se sentían cómodos compartiendo lo que les había sucedido en un espacio grupal.

El programa EREG de la Unidad para las Víctimas también se basa en un enfoque diferencial y el enfoque psicosocial utilizado depende del hecho victimizante (con el apoyo a las víctimas/sobrevivientes de la VSRC centrado en abordar la vergüenza, el estigma y otros efectos psicosociales de la VSRC). Sin embargo, las víctimas/sobrevivientes se mostraron críticas con las sesiones de grupo de este programa, entre otras cosas porque, al parecer, el grupo estaba formado por víctimas que habían sufrido diferentes formas de violencia y no se sentían cómodas compartiendo sus experiencias de violencia sexual en un entorno así.

---

109 Existen directrices técnicas del Ministerio de Salud sobre la gestión de los riesgos sociopolíticos para los equipos que prestan asistencia a las víctimas del conflicto armado (2020), que incluyen directrices sobre cómo mitigar dichos riesgos, pero que no dejan de suscitar preocupación.

En la práctica, el programa EREG también tiene un alcance geográfico limitado: según la Unidad para las Víctimas, sólo hay 29 centros regionales (CRAV) en los que se imparten las sesiones psicosociales (aunque están previstos cuatro más), lo que le ha permitido llegar hasta la fecha a aproximadamente el 42 % de las víctimas registradas.<sup>110</sup>

En los últimos años, se han introducido equipos móviles y sesiones virtuales para acceder a poblaciones de más difícil acceso, pero no se dispone de información sobre el número de víctimas/sobrevivientes a las que se ha llegado.<sup>111</sup> Las víctimas/sobrevivientes entrevistadas para este informe cuestionaron que las reuniones virtuales fueran un modelo apropiado para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, entre otras cosas, porque consideraban que la sensibilidad del tema requería un contacto cara a cara con los asesores y otros trabajadores de apoyo y porque requiere acceso a Internet o a cobertura de telefonía móvil, que no siempre están disponibles en las zonas más remotas.

### **Políticas, protocolos y directrices relativos al tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual**

El escaso reconocimiento de que los hombres y los niños pueden ser víctimas/sobrevivientes de violencia sexual se refleja en la falta de atención a las víctimas/sobrevivientes de género masculino en las políticas y directrices relacionadas con la asistencia en salud que, junto con la legislación y las sentencias de la Corte Constitucional y otras decisiones judiciales que refuerzan el reconocimiento de las víctimas del conflicto armado como “sujetos de especial protección” y con derecho a la asistencia en salud (véase la sección Antecedentes), han tendido a centrarse en las mujeres y las niñas.<sup>112</sup>

La necesidad de prestar mayor atención a las mujeres víctimas/sobrevivientes de la VSRC y de mejorar las respuestas a las mismas es indiscutible y aún queda mucho trabajo por hacer en este sentido. Sin embargo, es importante que las respuestas incluyan a todas las víctimas/sobrevivientes, como los hombres y los niños, algo que no ocurre actualmente en las principales políticas, protocolos y directrices sobre la respuesta a la violencia sexual (relacionada o no con los conflictos).

Entre ellos destaca el Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012. Este Protocolo establece 15 pasos para la prestación de atención a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual por parte de los trabajadores del sector salud que van desde la preparación de puntos de acceso y “condiciones mínimas” necesarias para la prestación de una atención integral, la recepción de las víctimas/sobrevivientes, las evaluaciones clínicas y pruebas diagnósticas y la provisión de anticoncepción de emergencia y profilaxis de las ITS, hasta el apoyo en salud mental, la derivación a especialistas en salud o de otro tipo, el seguimiento rutinario y el cierre del caso.<sup>113</sup>

---

110 Unidad para las Víctimas, “¿Sabes con cuántos Centros Regionales de Atención y Reparación a Víctimas (CRAV) contamos en la actualidad?” <https://www.unidadadvictimas.gov.co/es/sabes-con-cuantos-centro-regionales-de-atencion-y-reparacion-victimas-crav-contamos-en-la-actualidad> (consultado el 3 de agosto de 2023).

111 Véase el octavo informe sobre el seguimiento de la aplicación de la Ley de Víctimas al Congreso, 18 de agosto de 2021, págs. 138 y 145, [https://www.minjusticia.gov.co/ojtc/Documents/Politica de Justicia Transicional/Informes de seguimiento ley victimas/8.COMPILADO OCTAVO INFORME CSMLV \(2\) conAMMG.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/ojtc/Documents/Politica%20de%20Justicia%20Transicional/Informes_de_seguimiento_ley_victimas/8.COMPILADO%20OCTAVO%20INFORME%20CSMLV%20conAMMG.pdf)

112 Ley Estatutaria de Salud, artículo 11; por ejemplo, véase Corte Constitucional de Colombia, auto 092 de 2008 y auto 009 de 2015, Ley 1719 de 2014, Decreto 1480 de 2014, y Corte Constitucional de Colombia, sentencias T-234-12 de 2012 y T-211-19 de 2019.

113 Para consultar el Protocolo sobre Violencia Sexual completo, véase Ministerio de Salud, Resolución 0459 de 2012, 6 de marzo de 2012, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>

Aunque estos pasos son relativamente exhaustivos, la versión actual del Protocolo se centra principalmente en la prestación de cuidados a mujeres y niñas, aunque se hace referencia a la infancia (niños y niñas). Por ejemplo, aunque se haga referencia a los hombres en la sección sobre el tratamiento clínico de las víctimas/sobrevivientes, no se aborda toda la compleja gama de signos y síntomas que pueden presentar las víctimas/sobrevivientes de género masculino ni se hace referencia a la activación de vías de protección para las víctimas/sobrevivientes de género masculino adultos (aunque sí se incluyen para las mujeres y la infancia como parte de las obligaciones de notificación obligatoria: véase más arriba). El Protocolo existente también hace sólo referencias limitadas al tratamiento de las víctimas/sobrevivientes con OSIGEGCS diversas, incluidos hombres y niños.

Según la resolución por la que se adopta el Protocolo sobre Violencia Sexual (Resolución 0459 de 2012), el Protocolo debe actualizarse al menos cada dos años. Hasta la fecha, esto no ha sucedido, pero actualmente está en marcha un proceso para revisarlo. Aunque no está claro cuándo se finalizará, esto representa, no obstante, una importante oportunidad para garantizar que la versión actualizada incluya directrices más específicas sobre los hombres y los niños víctimas de la VSRC.

Otros ejemplos de políticas y directrices relacionadas con la salud para responder a los casos de violencia sexual en los que los hombres y los niños son ignorados en gran medida o por completo incluyen la Guía defensorial para la atención integral a mujeres sobrevivientes de violencia sexual. Esta guía, que tiene por objeto fundamentar las respuestas de los funcionarios de la Defensoría del Pueblo a las personas que han sufrido violencia sexual (también la VSRC), incluidas las derivaciones a la atención en salud, no contiene orientaciones específicas sobre la atención a víctimas/sobrevivientes de género masculino heterosexuales y cisgénero, aunque sí sobre la aplicación de enfoques diferenciales para niños, niñas, adolescentes, personas LGBTI+ y personas pertenecientes a grupos o comunidades étnicas y personas con discapacidad.<sup>114</sup>

Una falta de atención similar hacia los hombres y los niños puede encontrarse en la Guía para el abordaje forense integral en la investigación de la violencia sexual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) de 2018. Las directrices sí reconocen que los hombres y los niños pueden ser víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual (se citan estadísticas que muestran una proporción de cinco casos femeninos por cada caso masculino examinado) e incluyen una referencia a los exámenes clínicos de hombres y niños. Sin embargo, su enfoque principal, tanto en términos de instrucciones para los médicos clínicos como de fotografías e imágenes ejemplificadoras sobre la realización de exámenes clínicos, se centra en las mujeres y las niñas.<sup>115</sup>

Algunas de las consecuencias prácticas de esto fueron explicadas por una médica clínica del INMLCF, que señaló que “El abordaje [de evaluaciones clínicas forenses] es lo mismo tanto para hombres como para mujeres dentro de contexto de violencia sexual. Lo único que cambian son los diagramas para la ubicación

---

114 Defensoría del Pueblo, Guía defensorial para la atención integral a mujeres sobrevivientes de violencia sexual, mayo de 2019 [https://repository.iom.int/bitstream/handle/20.500.11788/2272/Guía defensorial 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.iom.int/bitstream/handle/20.500.11788/2272/Guía%20defensorial%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

115 El INMLCF es un órgano estatutario adscrito a la Fiscalía General de la Nación y se encarga de realizar evaluaciones medicolegales, incluso en casos de violencia sexual. *Guía para el abordaje forense integral en la investigación de la violencia sexual* del INMLCF, 2018 <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40473/Gu%C3%ADa+for+a+comprehensive+forensic+approach+to+the+investigation%C3%B3n+of+sexual+violence.pdf/dc71e689-7d7d-5407-2408-b550065bf397>

de lesiones, pero el abordaje que se hace es el mismo”. También añadió que, las entrevistas se adaptan si la víctima/sobreviviente es un niño, “... pero hasta ahí. El abordaje [diferencial] es mínimo”.<sup>116</sup>

## 5.2 Obstáculos a nivel organizacional

---

Las principales barreras identificadas a nivel organizacional fueron:

- Conocimiento y experiencia limitados del personal de salud para reconocer y responder adecuadamente a las víctimas/sobrevivientes de género masculino.
- Actitudes y comportamientos negativos del personal de salud hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino, incluidas la discriminación y la homofobia.
- Centros de salud infradotados y mal equipados, una elevada rotación de personal que provoca la pérdida de conocimientos y experiencia, y la interrupción de la continuidad asistencial.
- Falta de respeto por la confidencialidad y la privacidad de las víctimas/sobrevivientes.

### Sensibilización, competencias y formación del personal en salud

La falta general de conciencia de que la VSRC puede afectar a hombres y niños, y la forma en que las personas con OSIGEGCS diversa han sido blanco de los actores armados en Colombia, también se refleja en las respuestas del sector de la salud. Los informantes clave señalaron que el personal de salud a menudo no era consciente del problema y tenía poca experiencia a la hora de reconocer los signos o de saber cómo responder adecuadamente a las víctimas/sobrevivientes de género masculino.

Durante una reunión de validación, una participante señaló su percepción de que, en general, el personal de salud “no siempre se siente cómodo o familiarizado con los casos o la gestión de la violencia sexual”. En su opinión, el personal de salud no tiene un enfoque suficientemente fundamentado sobre el trauma y a menudo es incapaz de relacionar los problemas de salud mental y física con la violencia sexual”.<sup>117</sup> Esta falta de conocimientos y experiencia tiene implicaciones para la calidad de la atención disponible para todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.

Sin embargo, los informantes clave también señalaron puntos ciegos específicos en relación con los hombres y los niños, entre otros. Varios señalaron que el personal de salud evita preguntar a los hombres, especialmente a los que tienen una OSIGEGCS diversa, sobre la posibilidad de que sean víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Una representante de una ONG internacional que presta apoyo a una clínica de salud en la región del Pacífico dijo que, en su opinión, el personal de salud suele mostrarse reticente a atender a cualquier persona que no se ajuste a su idea de quién puede ser víctima/sobreviviente de violencia sexual. Según la informante, esto incluía a hombres, niños y personas LGBTI+, y añadió que “por eso es que digo que hay una falta de sensibilización, falta concientización, de que son unas personas independientes que necesitan la atención inmediata, pero con ese respeto”.<sup>118</sup>

---

116 Entrevista por Zoom a un médico forense que trabaja en la región Pacífico, 26 de mayo de 2022.

117 Reunión de validación con un informante clave, 7 de diciembre de 2022, Bogotá.

118 Entrevista por Zoom a un médico especialista que trabaja para un OING en la región del Pacífico, 9 de mayo de 2022.

Al menos una parte del problema se debe a la escasa formación que recibe la mayoría del personal de salud sobre la respuesta a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: una carencia que afecta a todas las víctimas/sobrevivientes, no sólo a hombres y niños.

Según el Protocolo sobre Violencia Sexual, cada IPS debe garantizar que todo el personal de su centro de salud (incluidos los directivos, los administradores y el personal de seguridad) que pueda entrar en contacto con una víctima/sobreviviente de violencia sexual participe en “sesiones periódicas de sensibilización y capacitación” sobre violencia sexual, derechos de las víctimas, vías de atención y primeros auxilios psicológicos, según corresponda a su perfil profesional.<sup>119</sup> ASP no pudo verificar la coherencia con la que se aplica este requisito, pero según la experiencia de las víctimas/sobrevivientes entrevistados para este informe y en las descritas por los informantes clave, parece que puede no ser universal.

Además, según una resolución del Ministerio de Salud de 2014, todo el personal clínico que trabaje tanto en urgencias como en los servicios ambulatorios y de hospitalización debe estar certificado en la atención en salud integral a las víctimas de violencia sexual.<sup>120</sup> Sin embargo, la resolución no estipula el contenido ni la duración de la formación necesaria para obtener dicha certificación y, aunque el Ministerio de Salud asesore sobre el contenido de la formación, el diseño del plan de estudios se deja a discreción de la universidad o centro formativo. Según los informantes clave entrevistados para este informe, el contenido de los cursos suele ser general y no incluye módulos específicos sobre la violencia sexual contra hombres y niños. Además, la certificación es un proceso único, ya que ni el Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012 ni las resoluciones pertinentes exigen formación complementaria ni la renovación de la certificación.

El personal médico que opta por una especialización en medicina forense sí recibe formación específica en la evaluación forense de la violencia sexual tanto en personas vivas como fallecidas, pero sólo como parte de su formación de posgrado.<sup>121</sup> Sin embargo, la ley obliga a todos los graduados en estudios de ciencias de la salud de enseñanza superior a realizar un servicio social obligatorio de entre seis meses y un año en un centro que preste servicios de salud, de gestión o de investigación en zonas socioeconómicamente desfavorecidas o de difícil acceso a los servicios de salud, incluidas las zonas afectadas por conflictos.<sup>122</sup> Como señaló un informante clave, en esta fase de su carrera, los médicos habrán recibido formación en medicina básica, pero tendrán conocimientos muy limitados y ninguna experiencia en trabajos más especializados, como la evaluación y la respuesta a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual.<sup>123</sup>

Para compensarlo, se ofrece a los profesionales médicos que realizan servicios sociales obligatorios un programa breve (tres sesiones de ocho horas cada una) sobre medicina/ciencia forense general que

---

119 Protocolo sobre Violencia Sexual, pp. 17 y 35.

120 Ministerio de Salud, Resolución 2003 de 2014, pp. 32-33, [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf), y Resolución 3100 de 2019, [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)

121 ASP no revisó la formación del INMLCF y no puede confirmar si incluye módulos detallados sobre la respuesta a la violencia sexual contra hombres y niños y personas con OSIGEGCS diversa.

122 Ley 1164 de 2007, [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf) y Ministerio de Salud, Resolución 774 de 2022 sobre el servicio social obligatorio para los graduados en estudios de salud de educación superior, [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf)

123 Entrevista por Zoom a un especialista forense, 25 de julio de 2022, y respuestas posteriores por escrito a preguntas complementarias, 29 de junio de 2023.

contiene módulos sobre la evaluación clínica y la documentación de la violencia sexual.<sup>124</sup> Sin embargo, esto no proporcionaría el nivel de formación necesario para realizar reconocimientos medicolegales o para proporcionar el nivel de atención (incluida la atención específica por edad y género) que exige el Protocolo contra la violencia sexual. Sin embargo, es probable que los médicos en formación destinados a los servicios de urgencias de los hospitales se encuentren con víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual, incluida la VSRC y, cuando no haya un médico superior presente o un departamento forense (como ocurrirá con frecuencia en las zonas más remotas o rurales), seguramente sean el primer contacto de la víctima/sobreviviente con un profesional médico.<sup>125</sup>

El despliegue de personal médico sin la formación adecuada para responder apropiadamente a los casos de VSRC es incompatible con las obligaciones del Estado en virtud del Derecho internacional de prevenir, investigar y documentar los incidentes de tortura y otras formas de malos tratos.<sup>126</sup> Aunque los profesionales en salud estén obligados a obtener la formación necesaria de acuerdo con el Protocolo de Estambul: Manual de las Naciones Unidas para la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes. (Protocolo de Estambul), los Estados deben proporcionar dicha formación a sus profesionales de salud y las instituciones académicas deben incluir la formación pertinente en los planes de estudios profesionales, así como en los cursos de formación continua.<sup>127</sup>

### Actitudes y comportamientos del personal de salud y otros funcionarios públicos

Casi todas las víctimas/sobrevivientes a las que se entrevistó señalaron las actitudes o comportamientos negativos del personal de salud como un obstáculo importante para recibir asistencia. Los que habían buscado asistencia en salud describieron situaciones en las que médicos, enfermeros u otro personal que trabajaba en los centros de salud les había tratado de forma estigmatizante, homófoba o discriminatoria. Varios explicaron que les había resultado angustioso, humillante y traumático.

Muchas denunciaron que se les hacían preguntas insensibles o inapropiadas o que se les pedía información sobre el incidente de VSRC, lo que consideraron impertinente y revictimizante. Una víctima/sobreviviente dijo que sentía que su atención se había precipitado porque era gay.<sup>128</sup> Otros dieron ejemplos de comentarios inapropiados por parte del personal de salud, como que eran “homosexuales porque los habían violado” o que eran “promiscuos”. Una víctima/sobreviviente experimentó una “doble molestia”

Casi todas las víctimas/sobrevivientes a las que se entrevistó señalaron las actitudes o comportamientos negativos del personal de salud como un obstáculo importante para recibir asistencia.

124 La formación se estableció en virtud de la Resolución 805 de 2017 del INMLCF.

125 Entrevista por Zoom a un especialista forense, 25 de julio de 2022, y respuestas posteriores por escrito a preguntas complementarias, 29 de junio de 2023.

126 Convención contra la Tortura, artículos 12-14; Comité contra la Tortura, observación general n.º 3 (2012), documento de la ONU CAT/C/GC/3, párrafos 11-15 y 35-36; Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, principios 2 y 6.

127 Véase Protocolo de Estambul, versión revisada, 29 de junio de 2022, capítulo VII, 2 (613), <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

128 Entrevista a una víctima/sobreviviente de una región no revelada, 27 de marzo de 2022.

al ser estigmatizada por haber sido objeto de la VSRC y, además, por ser homosexual.<sup>129</sup> Varios dijeron que este tipo de actitudes los había disuadido de buscar atención médica de seguimiento u otra atención necesaria, ya que no deseaban revelar su experiencia con la VSRC ni que se les volviera a preguntar por ella.

Las víctimas/sobrevivientes y los informantes clave atribuyeron las actitudes y los comportamientos negativos hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino a la cultura “machista” imperante, en la que existen expectativas rígidas y estereotipadas de lo que significa “ser hombre”. Esto incluye ser “fuerte”, lo que a menudo se traduce en que las víctimas/sobrevivientes de género masculino no revelen sus experiencias de violencia sexual por miedo a que se piense que son “débiles” o a que no se les crea o a recibir reacciones negativas por parte de los profesionales de la salud y otros profesionales al revelarlas, en caso de hacerlo.<sup>130</sup> La forma en que esto se manifiesta en relación con sobrevivientes de violaciones y otras formas de violencia sexual de género masculino fue descrita por una persona con experiencia en protección que trabaja para un organismo de la ONU, quien afirmó:

“[La gente pregunta] ¿cómo un hombre va a ser violado, cómo un hombre va a sufrir una agresión sexual? Tiene que ver mucho con la idea de lo que significa la masculinidad en nuestro contexto latinoamericano, y eso incluye a Colombia... La masculinidad está ligada a la fuerza y el cuerpo del hombre como si fuera de acero y como si: “No me pasa nada”. Tiene que ver mucho todavía con cómo en estos contextos se construye la masculinidad y lo que significa ser hombre, y la falta también de sensibilización y de capacitación a diferentes actores, a nivel institucional y también de las organizaciones”.<sup>131</sup>

La falta de formación del personal de salud sobre la naturaleza de género de los daños derivados de la violencia sexual y la necesidad de respuestas competentes en materia de género fue reforzada por los expertos en salud que trabajan con el gobierno o las entidades estatales, que señalaron que, en la medida en que se forma a los profesionales médicos sobre cómo responder a la violencia sexual, la formación se centra en los aspectos técnicos y prácticos de la realización de exámenes físicos y no aborda las actitudes. Uno de ellos explicó que esto puede dar lugar a que los médicos clínicos traten a las víctimas/sobrevivientes como si se tratase de “seguir una receta” en lugar de con un enfoque centrado en el sobreviviente y fundamentado en el trauma, en el que se respeten los derechos de las personas y se las trate con dignidad y respeto en un entorno de apoyo.<sup>132</sup>

---

129 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región de la Orinoquía, 27 de marzo de 2022; y entrevista a un representante de una ONG nacional, 12 de mayo de 2022.

130 Véase Comité contra la Tortura, observación general n.º 2 (2008), aplicación del artículo 2 por los Estados partes la ONU. CAT/C/GC/2, párrafo 22 (“Los hombres también están expuestos a determinadas infracciones de la Convención por motivos de género, como la violación u otros actos de violencia o abuso sexual. Tanto los hombres como las mujeres y los niños y las niñas pueden ser víctimas de infracciones de la Convención por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo”); y observación general n.º 3, párrafos 32-36 (“El principio de no discriminación es un principio básico y general de la protección de los derechos humanos... Los Estados partes han de cerciorarse de que se pueda recurrir fácilmente a la justicia y a los mecanismos para solicitar y obtener reparación y de que haya medidas positivas que aseguren que la reparación esté al alcance de todos, con prescindencia de su [...] género, orientación sexual, identidad de género...”). En el acceso a los mecanismos para obtener reparación se “tendrá en cuenta el género de manera de evitar una nueva victimización o el estigma de las víctimas de tortura o malos tratos”. “Los Estados partes harán que se preste la debida atención al género al proporcionar todos los elementos [...] en el proceso de lograr que todos, en particular los miembros de los grupos vulnerables, entre ellos lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, sean tratados con justicia y equidad y obtengan una indemnización justa y adecuada, rehabilitación y otras medidas de reparación que tengan en cuenta sus necesidades específicas”).

131 Entrevista a una persona con experiencia en protección que trabaja para la sede de una institución de la ONU, 6 de mayo de 2022, Bogotá.

132 Aportación del médico forense durante una entrevista de validación, 9 de diciembre de 2022, Bogotá.

Varios informantes clave apuntaron a que las víctimas/sobrevivientes transgénero podían enfrentarse a barreras adicionales para acceder a una atención en salud adecuada y competente en materia de género, como que se les hicieran preguntas inapropiadas o que no se refirieran a ellas por su nombre o identidad de género elegidos, sino por el nombre/género registrado en su documento de identidad. Unas fuentes secundarias también han informado de la falta de acceso adecuado a abortos seguros para los hombres transgénero y las personas no binarias, incluso en los casos en los que han sido víctimas de violencia sexual.<sup>133</sup>

La preocupación por encontrarse con actitudes negativas no se limitaba al sector salud, sino que también parecía estar entre las razones por las que las víctimas/sobrevivientes de la VSRC se muestran a menudo reacias a registrarse en la Unidad para las Víctimas o a avisar de otro modo a las autoridades judiciales o del estado de derecho.<sup>134</sup> En los talleres de validación, las víctimas/sobrevivientes destacaron especialmente la falta de compromiso emocional y de empatía entre los funcionarios públicos encargados de tomar declaración para las solicitudes de registro en la Unidad para las Víctimas, lo que había dificultado la revelación de la VSRC.

A pesar de estas preocupaciones, hubo indicios de que las actitudes negativas están siendo abordadas, al menos por algunos proveedores de atención en salud. Un informante clave que trabaja para una IPS privada explicó que están trabajando para diseñar servicios de salud que sean apropiados y acogedores para todas las víctimas/sobrevivientes. Entre las medidas que se tomaron para lograrlo figuraban la formación periódica del personal, que incluía abordar las actitudes negativas hacia las personas LGBTI+; garantizar que hubiera un equilibrio entre el personal masculino y femenino; y contratar a un miembro del personal transgénero para que ayudara a orientar a los pacientes sobre los servicios disponibles en la clínica.<sup>135</sup>

### **Elevada rotación del personal y centros de salud mal equipados y con escasos recursos**

La formación insuficiente y la escasa experiencia de los médicos y otros trabajadores de salud de zonas afectadas por conflictos se ven agravadas por los altos niveles de rotación de personal, que contribuyen a la pérdida de cualquier aptitud o experiencia adquirida y a la interrupción de la continuidad de la atención a las víctimas/sobrevivientes. Esto tiene implicaciones particulares para la prestación de atención a las víctimas/sobrevivientes de comunidades indígenas y otras comunidades étnicas (es decir, las afectadas desproporcionadamente por la VSRC), donde la familiaridad con sus lenguas, cultura y tradiciones, y la comprensión de las mismas, son esenciales para generar la confianza y la comprensión necesaria para prestar una atención centrada en los sobrevivientes.

La elevada rotación de personal está, en parte, integrada en el sistema de servicio social obligatorio, ya que muchos médicos, enfermeros y otros trabajadores de salud abandonan el servicio al final del periodo de seis meses o un año que se les exige. Sin embargo, según algunos informantes clave, hay otra serie de factores

---

133 Profamilia, Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC), *Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia*, junio de 2020 <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2021/06/INFORME-ABORTO-PERSONAS-TRANS-JUNIO-1-2021.pdf>; Chicas Poderosas, *Todes Abortamos*, 2021, <https://www.docdroid.net/CsBlfZF/fanzine-todes-abortamos-pdf>

134 Véase Comité contra la Tortura, observación general n.º 3, párrafo 34 (“el personal judicial debe recibir formación específica sobre los diversos efectos de las torturas y los malos tratos, entre ellos los que sufren las víctimas pertenecientes a grupos marginados y vulnerables, y sobre cómo actuar con sensibilidad respecto de las víctimas de torturas y malos tratos, infligidos incluso en la forma de discriminación por razones sexuales o de género”).

135 Entrevista por Zoom con un experto de SMAPS que trabaja para un proveedor de salud de la región Andina, 16 de mayo de 2022.

que contribuyen a que los puestos de trabajo en zonas remotas/ afectadas por conflictos no resulten atractivas, entre ellos, los centros de salud con recursos insuficientes y mal equipados (según algunos entrevistados, en los centros de salud de las zonas más remotas suelen faltar incluso las pruebas básicas de diagnóstico del VIH, kits de PEP y otros medicamentos), así como los bajos salarios y los retrasos en los pagos.<sup>136</sup> También se destacaron las huelgas periódicas de los trabajadores de salud que protestan por sus condiciones laborales como otro factor que puede interrumpir aún más y, por tanto, socavar la calidad de la asistencia.

Los informantes clave indicaron que estos factores suelen conllevar que las víctimas/sobrevivientes tengan que ver a un nuevo profesional a mitad de su tratamiento y también pueden causar retrasos a la hora de obtener citas para recibir atención especializada. Un informante implicado en la prestación de SMAPS a víctimas/sobrevivientes en el departamento de Bolívar, en la región Caribe, explicó que en la práctica esto significa que “Usted lleva dos, tres cuatro, cinco, seis sesiones con un profesional, y a la séptima ya se lo cambiaron porque ese renunció, entonces, le toca prácticamente empezar de cero”.<sup>137</sup>

Existe un problema similar en la prestación de apoyo psicosocial en el marco del programa PAPSIVI, en el que los contratos a corto plazo de los profesionales psicosociales contratados para los equipos móviles hacen que la experiencia y las relaciones no se desarrollen con el tiempo, y las víctimas/sobrevivientes puedan tratar con varias personas de los servicios psicosociales en el transcurso de sus sesiones de apoyo.

### Falta de respeto a la confidencialidad y privacidad del paciente

El Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012 exige que el personal de salud garantice las condiciones de confidencialidad y privacidad a lo largo de todo el itinerario asistencial.<sup>138</sup> Esto incluye respetar los derechos de los pacientes a que sus historiales médicos sean tratados de forma confidencial, a disponer de espacios privados seguros y bien equipados para las consultas y otros cuidados y a evitar todo lo que pueda conducir a la revictimización de las víctimas/sobrevivientes.<sup>139</sup>

Varios informantes clave se refirieron a las medidas utilizadas para cumplir estos requisitos, en particular, al uso de un sistema de codificación por colores (Código Fucsia) que se utiliza para activar los procedimientos previstos en el Protocolo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual evitando identificar públicamente a las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual.<sup>140</sup> Algunas víctimas/sobrevivientes también relataron experiencias positivas sobre cómo se había respetado su confidencialidad/privacidad.

La falta de privacidad en los centros de salud y la falta de respeto a la confidencialidad de los pacientes, se consideraba que contribuían a la reticencia de las víctimas/sobrevivientes a solicitar asistencia médica y otro tipo de asistencia en salud.

136 Entrevista a una persona con experiencia en protección que trabaja para una institución de la ONU, 6 de mayo de 2022, Bogotá; entrevista por Zoom a una persona representante del Ministerio de Salud en Bogotá, 1 de agosto de 2022; entrevista por Zoom a un abogado residente en Bogotá, 18 de abril de 2022, y entrevista por Zoom a un coordinador médico que trabaja para una OING, 29 de abril de 2022.

137 Entrevista por Zoom con un experto en SMAPS que trabaja en la región Caribe, 29 de julio de 2022.

138 Véase también Comité contra la Tortura, observación general n.º 3, párrafo 13 (“hay que asignar alta prioridad a la necesidad de crear un entorno de confianza en que se pueda prestar asistencia. Los servicios deben ser confidenciales cuando resulte necesario”).

139 Protocolo sobre Violencia Sexual, pp. 14, 16, 17, 21 y 41.

140 Véase por ejemplo, Protocolo de un hospital público (ESE Vidasinú), en Montería, departamento de Córdoba, Colombia “Protocolo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual-Código Fucsia”, 2020, [https://esevidasinu.gov.co/Poblacion%20vulnerable/5\\_protocolo%20atenci%C3%B3n%20vvs.pdf](https://esevidasinu.gov.co/Poblacion%20vulnerable/5_protocolo%20atenci%C3%B3n%20vvs.pdf)

Sin embargo, otras víctimas/sobrevivientes expresaron su preocupación por la falta de intimidad en los centros de salud y la falta de respeto a la confidencialidad de los pacientes por parte del personal de salud, factores que se consideraba que contribuían a la reticencia de las víctimas/sobrevivientes a solicitar asistencia médica y otro tipo de asistencia en salud. Las víctimas/sobrevivientes dieron ejemplos de incidentes en los que sus conversaciones con médicos o enfermeros podían ser escuchadas por otro personal o por pacientes debido a la falta de espacios privados en los centros de salud, en los que no habían podido entrar y salir discretamente de las salas de tratamiento sin ser vistas o en los que la información confidencial no se guardaba de forma adecuada o se compartía y comentaba entre el personal sin su consentimiento.

Uno describió la falta de espacios privados en el centro de salud donde se le trató la sífilis y cómo se sintió al respecto. Explicó que las instalaciones eran “como una oficina abierta” donde el personal y otros pacientes podían verlo entrar y salir de la sala donde se le administraban las inyecciones. Tal y como comentó: “muchísimos médicos y enfermeras y personas del común lo ven a uno cuando pasa para allá y lo primero que piensan es que lo van a señalar que uno tiene una enfermedad de transmisión sexual. Entonces, por eso me sentía muy mal, me sentía con vergüenza, sucio, cochino... porque la mayoría de la gente que estaba ahí se daba de cuenta, y se dieron cuenta a qué era que yo iba allá. No me sentía juzgado, pero sí señalado”.<sup>141</sup>

Otro describió cómo había pedido su historial médico a su psicólogo, pero, como la impresora estaba estropeada, tuvo que imprimirlo en la recepción, donde, según explicó, “las chicas [que trabajaban en la recepción] lo cogieron, la una se la pasó a la otra, la una se la pasó a la otra... Eso ahora es la comidilla en el pueblo entonces me siento incómodo con eso. Aunque la psicóloga no tuvo mala intención, me sentí fatal”.<sup>142</sup> Varias otras víctimas expresaron su preocupación por los cotilleos sobre sus casos entre el personal de salud. Una víctima explicó que “uno queda con la sensación en el aire de que, después que se retira, queda el cuchicheo”.<sup>143</sup>

Los altos niveles de rotación del personal también se consideraron un riesgo potencial para la confidencialidad porque obliga a las víctimas/sobrevivientes a repetir sus experiencias varias veces a diferentes personas.

Surgieron preocupaciones similares en torno a la privacidad y la confidencialidad en relación con las oficinas del Ministerio Público cuando las víctimas/sobrevivientes hacen declaraciones para poder acceder a la justicia, incluido el programa nacional de reparaciones. Según la persona que ocupa el cargo de dirección de una organización comunitaria del departamento de Nariño: “En nuestros municipios, lastimosamente, usted está denunciando un hecho y a veces la puerta está abierta del despacho del personero. De pronto en la ciudad es más fácil, pero ya les digo, es muy difícil a veces para estas personas acceder allá por costos y tiempo y distancia. Entonces, usted va a denunciar este hecho y parece que a los cinco minutos ya todo el pueblo lo sabe”.<sup>144</sup>

---

141 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Andina, 27 de marzo de 2022, Bogotá.

142 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Caribe, 20 de marzo de 2022, Bogotá.

143 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Caribe, 16 de marzo de 2022, Bogotá.

144 Entrevista al director de una organización comunitaria, 26 de marzo de 2022, Bogotá.

### 5.3 Obstáculos a nivel comunitario

Obstáculos a nivel comunitario a los que se enfrentan las víctimas/sobrevivientes a la hora de buscar o acceder a la asistencia en salud relacionadas principalmente con:

- Inseguridad derivada de la presencia de GANE que restringe los desplazamientos y el acceso a los servicios.
- Las actitudes negativas de la comunidad hacia las víctimas/sobrevivientes y la estigmatización resultante.
- Miedo a las reacciones negativas de la familia y a la ruptura de las relaciones familiares.

#### Inseguridad

La inseguridad ha sido, y sigue siendo, un obstáculo importante al acceso a la atención en salud en Colombia. Casi todas las víctimas/sobrevivientes entrevistadas dijeron que habían sido amenazadas de muerte o de otros daños a ellas o sus familias por parte de los responsables de someterlas a la VSRC si denunciaban lo ocurrido o pedían ayuda, y que esto había impedido a muchas de ellas buscar tratamiento médico de urgencia, como PEP o prevención del VIH.<sup>145</sup> Las víctimas/sobrevivientes también explicaron que, incluso muchos años después de haber sido sometidas a la VSRC, seguían viviendo con miedo de sus agresores, y muchas habían huido de sus hogares para buscar seguridad en otros lugares.<sup>146</sup>

Se observó que la presencia de GANE puede disuadir a las víctimas/sobrevivientes de desplazarse dentro de las zonas afectadas por el conflicto, y entre ellas, para acceder a la asistencia en salud. También puede dar lugar a que a las víctimas/sobrevivientes se les niegue la atención en salud: al menos una de las víctimas/sobrevivientes creía que la inseguridad fue la razón por la que lo rechazaron en un puesto de atención de salud de niño porque, según su análisis, el personal tenía miedo de los actores armados que operaban en la zona en ese momento.

El entorno general de inseguridad y las amenazas directas de los agresores crean una situación en la que existe miedo a denunciar o revelar la VSRC (y otros abusos de los derechos humanos), incluso al personal de salud, por si los agresores o las personas relacionadas con ellos se enteran y toman represalias. Este miedo a las represalias que sentían las víctimas/sobrevivientes también incluía posibles amenazas a la seguridad de los familiares.

Casi todas las víctimas/sobrevivientes entrevistadas dijeron que habían sido amenazadas de muerte o de otros daños por parte de los responsables si denunciaban lo ocurrido o pedían ayuda.

145 En un informe de 2014, MSF identificó las “amenazas por parte del agresor” como una de las principales razones por las que las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual (hombres y mujeres) en Colombia no buscan atención en salud tras un episodio de violencia sexual. Véase MSF, “¿Y qué pasó con Caperucita?”, noviembre de 2014, [https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Dossier%20MSF%20Violencia%20Sexual\\_Colombia\\_Nov20.pdf](https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Dossier%20MSF%20Violencia%20Sexual_Colombia_Nov20.pdf)

146 Véase en general Comité contra la Tortura, observación general n.º 3 (2012), párrafos 15 y 31 (“La obligación que impone el artículo 14 respecto de los medios para la rehabilitación más completa posible puede cumplirse mediante la prestación directa de servicios de rehabilitación por el Estado o a través de la financiación de servicios médicos, jurídicos o de otra índole de carácter privado, incluidos los administrados por organizaciones no gubernamentales, en cuyo caso el Estado se asegurará de que no haya actos de represalia o intimidación en contra de ellas”. “El Estado parte debe también adoptar medidas para evitar la injerencia en la vida privada de las víctimas y protegerlas en todo momento, así como a sus familias y a los testigos, de la intimidación y las represalias”).

Estos temores afectan en general, pero preocupan especialmente a las víctimas/sobrevivientes que ocupan puestos de responsabilidad en sus comunidades o participan en labores de defensa de los derechos humanos.

Según el derecho interno, las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y sus familias tienen derecho a protección. Por ejemplo, la Ley 1719 de 2014 sobre el Acceso a la Justicia de las Víctimas de Violencia Sexual, reconoce la mayor vulnerabilidad de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC ante nuevas agresiones y establece que las solicitudes de medidas de protección pueden realizarse tanto si la persona decide presentar una denuncia formal como si no. La Ley 1257 de 2008 sobre Violencia contra la Mujer prevé medidas de protección para garantizar a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual el derecho a la justicia (según un representante de la Defensoría del Pueblo entrevistado por ASP, esta ley es aplicable a todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, no sólo a mujeres y niñas).<sup>147</sup> Además, la JEP se encarga de establecer medidas para la protección de las víctimas y los testigos que participen en sus procedimientos.<sup>148</sup>

Sin embargo, en la práctica, la capacidad de las autoridades para proporcionar una protección significativa parece ser limitada. Varias víctimas/sobrevivientes e informantes clave destacaron su preocupación por la eficacia de las medidas de protección, sobre las que se indicó que solían limitarse a un botón de pánico, un teléfono móvil y un chaleco antibalas. Otras medidas de protección comunicadas incluían guardaespaldas o patrullas policiales, pero a algunas víctimas/sobrevivientes les preocupaba que esto pudiera llamar más la atención sobre ellas y exponerlas a más riesgos.<sup>149</sup>

### Estigmatización de la comunidad

La estigmatización como obstáculo a la atención en salud atraviesa los niveles organizativo, comunitario e individual del marco socioecológico. A nivel comunitario, la estigmatización o el miedo a ella, crea un entorno que puede dificultar que las víctimas/sobrevivientes confíen en las personas de su entorno y, por lo tanto, actúa como un obstáculo a la hora de buscar apoyo de su entorno.

El proceso social de estigmatización está ampliamente asociado a la VSRC y conduce a la creación, condonación o agravamiento de la exclusión social de aquellos que son (o son percibidos como) víctimas/sobrevivientes. Como se subraya en los Principios para una acción mundial sobre prevención y lucha contra el estigma asociado a la violencia sexual relacionada con los conflictos, la estigmatización “... sirve para penalizar a quienes se presume que han transgredido los límites sociales normativos señalándolos como merecedores de castigo o exclusión social, al tiempo que protege y valida a quienes han abusado de ellos”. Sin embargo, como señalan los Principios, “como problema socialmente construido, la estigmatización de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC es evitable”.<sup>150</sup>

---

147 Ley 1719 de 2014, capítulo IV, artículo 22; Ley 1257 de 2008 sobre la Violencia contra las mujeres, artículo 18. Véase también el Decreto 4799 de 2012, artículo 5.

148 La unidad de enjuiciamiento de la JEP, la Unidad de Investigación y Acusación (UIA), es la encargada de decidir sobre las medidas de protección. Véase Ley 1957, Ley Estatutaria de la Administración de Justicia en la JEP, artículo 87b; y UIA, Protocolo de comunicación de la Unidad de Investigación y Acusación con las víctimas de violencia sexual, 2020, <https://www.jep.gov.co/SiteAssets/Paginas/JEP/uiia/Grupos-misionales/Preliminar%20-Protocolo%20de%20comunicacio%CC%81n%20con%20vi%CC%81ctimas%20de%20violencia%20sexual%20.pdf>.

149 Entrevista a víctimas/sobrevivientes de la región Andina, de la Orinoquía y del Pacífico, 20, 27 y 26 de marzo de 2022 respectivamente. Entrevistas por Zoom a redes de la sociedad civil, 1 y 6 de julio de 2022. Todas las preocupaciones planteadas se referían en particular al programa de protección de la Unidad Nacional de Protección (UNP).

150 Gobierno del Reino Unido, Preventing Sexual Violence in Conflict Initiative (PSVI), Preventing and Addressing Stigma Associated with Conflict-related Sexual Violence, 19 de septiembre de 2017, <https://www.gov.uk/government/publications/launch-of-the-principles-for-global-action-on-tackling-the-stigma-of-sexual-violence-in-conflict>

Todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC pueden enfrentarse a la estigmatización y el rechazo de la comunidad, y está bien establecido que el miedo a ser estigmatizado a menudo conduce a que las víctimas/sobrevivientes guarden silencio sobre las experiencias de VSRC. Sin embargo, el estigma que rodea a la violencia sexual dirigida a los hombres tiene características particulares que suelen relacionarse con el miedo a ser etiquetado o juzgado.

Las víctimas/sobrevivientes de género masculino entrevistados que se identificaron como heterosexuales destacaron especialmente el miedo a que se creyera que son homosexuales o bisexuales. Por el contrario, los que se identificaban como homosexuales o bisexuales afirmaron que temían que no se les creyera o que se les juzgara precisamente por su orientación sexual. Como señaló un informante clave, el hecho de que los actores armados tomen como objetivo a las personas LGBTI+ como forma de castigo por transgredir las normas sociales ha reforzado la discriminación estructural y la violencia que ya sufrían estos colectivos y ha contribuido a la ausencia de denuncia.<sup>151</sup>

Las víctimas/sobrevivientes de género masculino que se identificaron como heterosexuales destacaron especialmente el miedo a que se creyera que son homosexuales. Por el contrario, los que se identificaban como homosexuales afirmaron que temían que se les juzgara precisamente por su orientación sexual.

En los casos en los que los miembros de la comunidad eran conscientes de lo ocurrido, las víctimas/sobrevivientes afirmaron que a menudo experimentaban actitudes críticas y de rechazo, o que se murmuraba sobre su identidad sexual. Como en el caso de las actitudes negativas de los trabajadores de salud, estas respuestas tienen sus raíces en valores patriarcales y normas de género profundamente arraigadas.

Un informante clave, profesional de medicina, explicó que estas nociones estereotipadas de masculinidad y las actitudes negativas hacia las personas LGBTI+ se convierten en miedo a revelar su experiencia de VSRC a otras personas, incluidos familiares y miembros de su comunidad. En relación con un paciente de género masculino, señaló que “entendió que no lo podía decir porque eso implicaba un daño para su imagen de hombre. Y, de hecho, él luchaba contra su identidad: “Yo soy heterosexual y ahora me hicieron daño, pero tampoco lo puedo decir porque van a creer que yo soy de la población LGTBI+” y eso era visto como algo estigmatizante”.<sup>152</sup>

### **Miedo al rechazo familiar y a la ruptura de las relaciones familiares**

Además del temor a las reacciones negativas de la comunidad en general, existía preocupación por el impacto de la VSRC en las relaciones familiares. Las víctimas/sobrevivientes entrevistadas manifestaron que temían el rechazo de sus familias o que se les culpara o se les considerara homosexuales si sus familiares se enteraban de que habían sido víctimas de la VSRC.

151 Entrevista a una persona especialista en salud mental que trabaja para el Gobierno colombiano en la región del Pacífico, 28 de julio de 2022.

152 Entrevista por Zoom a un perito forense que trabaja en la región Pacífico, 28 de julio de 2022.

Una víctima/sobreviviente explicó por qué no le había contado a su familia ni a nadie más que había sido sometido a VSRC: “Yo desde el comienzo no hablé. De pronto si hubiera hablado hubiese tenido el apoyo, pero inicialmente uno siempre espera el apoyo de la familia, [pero] lastimosamente la familia es la primera que te condena”.<sup>153</sup>

Según una informante clave que trabaja para una ONG internacional que presta servicios de salud a víctimas/sobrevivientes de la violencia basada en género, este miedo al rechazo es generalizado entre sus pacientes de género masculino. Manifestó que, por su experiencia, como los hombres están condicionados socialmente a ser “fuertes”, temen cualquier cosa que pueda socavar esta imagen. Señaló que “En el momento de las consultas lo que decían era: “Bueno, finalmente la familia me rechazaría”, “Finalmente, yo soy el proveedor” o “Yo soy quien debe mantener la fuerza de la casa”.<sup>154</sup>

Concretamente en relación con la infancia (tanto niñas como niños), parecía existir el temor de que las autoridades se los llevaran si se consideraba que sus padres o tutores no les habían protegido de ser víctimas de la VSRC. También existía la percepción de que se podían llevar a los niños si el progenitor era víctima/sobreviviente de esa violencia. Una víctima/sobreviviente, reflexionando en retrospectiva sobre la decisión tomada por sus padres de no buscar atención médica para él, dijo: “Entonces nosotros como papás tenemos que quedarnos callados y decir, o llevamos a [los perpetradores ante] la justicia, o nos quedamos con los hijos. Y de pronto [ahora] yo entiendo a mi papá y a mi mamá. De pronto no dijeron nada y se quedaron callados cuando yo era un niño por miedo a de que de pronto me llevaran, me quitaran del lado de ellos”.<sup>155</sup>

## 5.4 Obstáculos a nivel individual

---

Entre los principales obstáculos a nivel individual a las que se enfrentan los hombres y los niños para acceder a los servicios de salud se incluyen:

- Vergüenza interiorizada y autoestigmatización.
- Desconocimiento de los servicios.

### Vergüenza interiorizada y autoestigmatización

Muchas de las razones para retrasar o no haber buscado nunca atención médica, o de otro tipo, por los daños derivados de la VSRC las explicaron las víctimas/sobrevivientes relacionándolas con la vergüenza que rodeaba su experiencia. Casi todos los entrevistados describieron la autoestigmatización y los sentimientos de vergüenza y pudor, que no sólo les impedían contárselo a familiares y amigos, sino que les hacían reacios a buscar asistencia en salud o a revelar lo que les había ocurrido si lo hacían. En algunos casos, cuando se buscó atención médica, los sentimientos de vergüenza habían impedido a las víctimas/sobrevivientes acudir a las citas de seguimiento o finalizar un tratamiento.

Una víctima/sobreviviente de la región Caribe reconoció: “El abuso sexual yo jamás lo toqué ante los médicos porque era una vergüenza para mí. No lo toqué... primero que todo por la vergüenza. Uno siente

---

153 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Caribe, 16 de marzo de 2022.

154 Entrevista por Zoom a un coordinador médico que trabaja para una ONG en Bogotá, 29 de abril de 2022.

155 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Pacífico, 26 de marzo de 2022.

que el mundo se le está acabando, que si no hubiera sido de pronto las heridas de la cara y el diente yo no me hubiera acercado a ningún médico”.<sup>156</sup>

Del mismo modo que las normas de género y las nociones de masculinidad arraigadas pueden afectar la actitud del personal de salud y de los miembros de la comunidad y de la familia, también son interiorizadas por las víctimas/sobrevivientes y se manifiestan tanto en el miedo a cómo puedan reaccionar los demás ante ellas como en sentimientos negativos hacia sí mismas.

Este discurso patriarcal dominante también implica que los hombres y los niños que han sido sometidos a VSRC no siempre se consideran a sí mismos víctimas/sobrevivientes con derecho y necesidad de atención y apoyo. Un profesional de la psicología que trabajaba para una ONG colombiana que presta apoyo psicosocial a las víctimas/sobrevivientes en la región de la Orinoquía reflexionó sobre las dificultades que había observado entre los hombres para aceptar que habían sido víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual: “Entonces, si bien para una mujer es muy difícil hacer público, enunciar públicamente la violencia sexual como algo que transgrede la intimidad, en los hombres, además de transgredir esa intimidad, transgrede lo que los define como hombres. La violencia sexual es observada desde la sociedad como algo que solamente les sucede a las mujeres”.<sup>157</sup>

Otro informante clave destacó la reticencia a buscar asistencia para evitar tener que “revivir” la experiencia, y uno de ellos señaló que algunos “... optan por no querer revivir situaciones, porque tal vez quien los vaya a atender haga que se revivan situaciones de dolor que ellos prefieren dejar allí. No es porque no lo requieran”.<sup>158</sup>

Esto fue reforzado por las víctimas/sobrevivientes, muchos de los cuales dijeron que les resultaba emotivo y traumático hablar o pensar en lo que les había ocurrido. Varios explicaron que no querían acceder a los servicios porque no querían despertar experiencias traumáticas.

### **Desconocimiento de los servicios**

En la medida en que existen servicios de salud para las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, las víctimas/sobrevivientes de género masculino no suelen conocerlos o no tienen información sobre ellos. Varios comentaron que no sabían dónde acceder a los servicios de salud, pues normalmente pensaban que eran sólo para mujeres y niñas, ni sabían adónde ir o a quién decírselo.

De hecho, los informantes clave también alertaron de la falta de conocimiento sobre dónde y cómo acceder a los servicios especializados para víctimas/sobrevivientes de género masculino. Además, indicaron a ASP que no sabían dónde derivarlos. En un avance positivo, desde que se realizó la investigación para este informe, el Espacio de Coordinación Nacional de Violencia Basada en Género (VBG) (parte del sistema de grupos de organizaciones humanitarias, tanto de la ONU como ajenas a ella, implicadas en la acción

“Yo desde el comienzo no hablé. De pronto si hubiera hablado hubiese tenido el apoyo, pero inicialmente uno siempre espera el apoyo de la familia, [pero] lastimosamente la familia es la primera que te condena”.

156 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región Caribe, 19 de marzo de 2022.

157 Entrevista por Zoom con un psicólogo que trabaja para una ONG colombiana que presta apoyo psicosocial a las víctimas/sobrevivientes en la región de la Orinoquía, 4 de agosto de 2022.

158 Entrevista a un funcionario del Ministerio de Salud, 2 de agosto de 2022, Bogotá.

humanitaria) ha comenzado un mapeo de los servicios y puntos de entrada para hombres y niños víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual proporcionados por sus miembros y otros actores no estatales.

El acceso a la información resultó especialmente difícil para los entrevistados que sufrieron por primera vez la VSRC de niños y, por tanto, dependían de sus padres o de otros adultos para concertar las consultas a médicos u otros profesionales de salud. Varios señalaron que sus padres/tutores no sabían lo que se necesitaba o de lo que se disponía. Para los no acompañados o separados, por ejemplo a consecuencia de la muerte o el desplazamiento de los padres, no había ningún adulto que los ayudara a moverse por el sistema.

Una víctima/sobreviviente describió cómo, tras ser objeto de violencia sexual de niño, fue tratado “en casa como las abuelas con hierbitas, con agüitas, con baños”. Afirmó que su madre “no tuvo la fortuna de tener una educación, hizo hasta primero, segundo de primaria... Ella no sabía cómo manejarlo, no sabía cómo reaccionar. La primera vez que pasó el hecho yo tenía cinco años. Sencillamente fue como que “te baño y ya esperemos que todo va a estar bien”. En ese momento no hubo ningún tipo de acceso a salud, ni acompañamiento psicológico, ni apoyo emocional, nada”.<sup>159</sup>

Varios informantes clave también expresaron su preocupación por el hecho de que las actividades de divulgación y las campañas de información sobre los servicios para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual estén orientados principalmente a mujeres y niñas. Sin embargo, hubo indicios de que algunos proveedores de atención en salud se están esforzando por llegar a los hombres y los niños, por ejemplo, adaptando materiales de promoción de la salud y tratando directamente con los hombres durante las actividades de divulgación en la comunidad. Un representante de una ONG internacional comentó cómo habían adaptado sus estrategias de divulgación y sus materiales de promoción de la salud para que tuvieran en cuenta las cuestiones de género y cómo habían llevado a cabo una investigación para determinar qué estrategias de comunicación serían más eficaces para implicar a los hombres.<sup>160</sup>

Además de garantizar una divulgación y una información que tengan en cuenta las cuestiones de género, también queda mucho trabajo por hacer para informar a las víctimas/sobrevivientes de sus derechos a la asistencia en salud y otras ayudas. Según un informante clave, la violencia se ha normalizado tanto y las expectativas de que se pueda disponer de asistencia para los numerosos daños derivados de la VSRC (u otros abusos de los derechos humanos), aparte de las lesiones físicas graves, son tan escasas que las víctimas/sobrevivientes no se plantean buscar asistencia en salud u otro tipo de apoyo, además de que desconocen sus derechos con respecto a ello. En sus propias palabras:

“Las personas en el área rural, cuando demandan un servicio de salud son normalmente aquellos con dolores notorios, la necesidad de una urgencia o algo así. Y, en ese ámbito rural, el hecho de no acceder a tanta información o a no tener ese mismo acceso a la oferta, pues, hace que se haya naturalizado mucho esa situación de conflicto, que tal vez para muchos, a pesar de dolores escondidos, a pesar de muchas cosas, ellos ya hayan tenido sus propios procesos de afrontamiento y no vean esto como una necesidad hoy. Y quién lo llega a ver como una necesidad no necesariamente accede a la oferta”.<sup>161</sup>

---

159 Entrevista a una víctima/sobreviviente de la región de la Orinoquía, 27 de marzo de 2022.

160 Entrevista de validación a un médico clínico que trabaja para una ONG, 9 de diciembre de 2022, Bogotá.

161 Entrevista a un funcionario del Ministerio de Salud, 2 de agosto de 2022, Bogotá.

## 6.

# La atención en salud centrada en el sobreviviente desde la perspectiva de los hombres víctimas/ sobrevivientes de género masculino y de los informantes clave

Durante las entrevistas y en los talleres y reuniones de validación, se pidió a las víctimas/sobrevivientes de género masculino y a los informantes clave su opinión sobre lo que debería abarcar la atención centrada en el sobreviviente para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC. Además, se les pidió que reflexionaran sobre cómo un enfoque centrado en el sobreviviente debería tener en cuenta las diferentes edades (hombres adultos y niños) y la OSIGEGCS diversa, y cómo podría variar según la región. También se preguntó a los informantes clave si consideraban que los servicios (de salud o de otro tipo) prestados por la institución/ organización para la que trabajan están suficientemente centrados en el sobreviviente, y de qué manera. Las opiniones compartidas por las víctimas/sobrevivientes se presentan en primer lugar, seguidas de las de los informantes clave.

### 6.1 Perspectivas de las víctimas/sobrevivientes sobre la atención centrada en el sobreviviente

Las víctimas/sobrevivientes destacaron una serie de cuestiones que consideraban cruciales para garantizar una atención centrada en el sobreviviente, entre ellas:

- **El reconocimiento de la victimización sexual de hombres y niños:** las víctimas/sobrevivientes destacaron la necesidad de que las instituciones estatales reconozcan que los hombres y niños cisgénero heterosexuales, así como los que tienen una OSIGEGCS diversa, han sido víctimas de la VSRC, y la necesidad de disipar los mitos que rodean a esta forma de violencia para reducir la vergüenza y el estigma que impiden a hombres y niños acceder a los servicios de atención en salud.
- **Ser tratado con respeto:** las víctimas/sobrevivientes sostuvieron que querían ser escuchadas, atendidas y tratadas con “humanidad”, “empatía” y “dignidad”. Querían que se tuvieran en cuenta sus necesidades individuales y no querían sentirse juzgadas, ser objeto de burlas, críticas o que se hicieran suposiciones sobre su orientación sexual o identidad de género real o percibida. También mencionaron la necesidad de poder confiar en los responsables de su cuidado y tratamiento, no sólo a la hora de proporcionarles un tratamiento clínicamente adecuado, sino a la hora de demostrar respeto y empatía hacia ellos.

- **No ser discriminado, ni siquiera por motivos de orientación sexual o identidad de género:** varias víctimas/sobrevivientes que se identificaron como homosexuales o bisexuales afirmaron que querían que los tratara personal de salud que los comprendiera a ellos y la discriminación a la que se enfrentan. Se señaló que el hecho de ser tratados por personal de salud o de ser atendidos por otros proveedores de servicios con OSIGEGCS diversa les haría sentirse más a gusto. También se destacó la importancia de reconocer las necesidades de las personas con discapacidad en la prestación de servicios.
- **Comprender las diferencias sociales, culturales y regionales:** según las víctimas/sobrevivientes de género masculino, en el diseño de los servicios de salud se deberían tener en cuenta las diferencias socioculturales y regionales de las víctimas/sobrevivientes. Hicieron hincapié en la necesidad de prestar servicios que tengan en cuenta la diversidad étnica y cultural y otras realidades específicas del contexto de la vida en cada región y en que las estrategias y los servicios de sensibilización también deben diseñarse para tener en cuenta los distintos niveles de seguridad en un área específica y las cuestiones logísticas. Se señaló, por ejemplo, que la falta de infraestructuras de transporte en el departamento del Chocó hacía que los desplazamientos a los centros de salud fueran especialmente arduos y que se deben encontrar soluciones a estos y otros problemas logísticos con un enfoque de atención centrado en los sobrevivientes. Las víctimas/sobrevivientes también señalaron la necesidad de que el personal entienda el idioma, las costumbres y las creencias sociales y culturales de las comunidades indígenas para evitar la discriminación y los juicios, incluso aquellos sobre la vestimenta o el aspecto de las personas.
- **Intervenciones tempranas para los niños:** las víctimas/sobrevivientes hicieron especial hincapié en la importancia de trabajar con los niños víctimas/sobrevivientes (y sus familias) cuando aún eran jóvenes, ya que varios señalaron que no habían recibido un apoyo adecuado, oportuno y orientado al sobreviviente cuando eran niños y no querían que otros se enfrentaran a las mismas dificultades constantes que ellos. Se reconoció que los chicos necesitan personal de salud empático y sin prejuicios que aborde sus casos con sensibilidad y cuidado.
- **Ser tratado por personal médico formado y con experiencia y por otros trabajadores de salud:** hubo consenso sobre la importancia de ser tratado por profesionales formados y con experiencia en el trabajo con víctimas/sobrevivientes de la VSRC. También se hizo hincapié en la necesidad de una atención integral, de no ser derivados de un lugar a otro y de tener que repetir la violencia sexual que padecieron a numerosas personas diferentes. Algunos reconocieron que les gustaría disponer de un centro único especializado en violencia sexual donde especialistas con formación y experiencia pudieran atender todas sus necesidades desde un solo lugar. Otros no estaban de acuerdo con este enfoque y preferían que la atención se centrara en mejorar las aptitudes y actitudes del personal de los servicios de los que ya se disponía. Aunque no hubo consenso sobre si las víctimas/sobrevivientes de género masculino preferirían ser tratadas por un trabajador o una trabajadora, se reconoció la necesidad de que el personal que representaba a las poblaciones indígenas y a las personas con OSIGEGCS diversa participara en la prestación de servicios.
- **Respeto de la confidencialidad:** se insistió mucho en la necesidad de contar con un mayor respeto de la confidencialidad y la privacidad. Las víctimas/sobrevivientes querían poder confiar en que el

Las víctimas/sobrevivientes hicieron especial hincapié en la importancia de trabajar con los niños víctimas/sobrevivientes (y sus familias).

personal de salud mantendría la confidencialidad de sus datos. También expresaron su deseo de que los centros de salud y las oficinas públicas pertinentes dispusieran de espacios tranquilos y privados en los que pudieran ser atendidos y donde no fueran vistos ni escuchados por nadie más, ni siquiera por el personal u otros pacientes.

- **Participación de las víctimas/sobrevivientes:** las víctimas/sobrevivientes hicieron hincapié en que un enfoque orientado a los sobrevivientes requiere de la participación de quienes han padecido VSRC en todas las fases de la respuesta: desde el diseño y la aplicación hasta el seguimiento y la evaluación. Se expresó preocupación por la falta o la escasa representación de las víctimas/sobrevivientes de género masculino de la VSRC en los órganos y procesos que permitirían dicha participación, como las Mesas de Víctimas. También hicieron hincapié en la importancia de la participación de las personas que han sufrido violencia sexual (incluidas las víctimas/sobrevivientes LGBTI+) en la sensibilización y capacitación del personal de salud y de los funcionarios públicos pertinentes, incluidos los de las tres entidades que conforman el Ministerio Público. Esto se consideró útil no sólo para ayudar a comprender mejor la experiencia vivida por las víctimas/sobrevivientes, sino como una forma de ofrecerles oportunidades laborales. Otros hablaron del valor curativo de la participación de personas con roles de responsabilidad de la comunidad, lo que los ha capacitado para abogar en nombre de otras víctimas/sobrevivientes de género masculino.
- **Apoyo de otras víctimas/sobrevivientes:** se hizo hincapié en la importancia del apoyo entre iguales, ya que las víctimas/sobrevivientes hablaron de cómo se habían beneficiado de ser miembros de redes de sobrevivientes a través de las cuales podían reunirse, hablar y recibir el apoyo de otras personas que habían relatado su vivencia y, por tanto, podían entender su experiencia. Varios de ellos señalaron que era algo que los había ayudado a darse cuenta de que no eran los únicos que habían sido víctimas de la VSRC. Se destacó la necesidad de recibir apoyo financiero y de otro tipo para ayudar a crear y fortalecer las redes de víctimas/sobrevivientes de género masculino, y varios expresaron un gran interés en recibir formación para poder apoyar mejor a otras víctimas/sobrevivientes en sus comunidades.
- **Entender sus derechos y cómo acceder a ellos:** se hizo énfasis en la importancia de conocer sus derechos y de recibir tanto la información como el apoyo necesarios para acceder a ellos. Este punto se refería especialmente al derecho a la reparación, el cual había resultado difícil de entender a muchas víctimas/sobrevivientes y de acceder en lo referente a las medidas de reparación a las que tenían derecho.

## 6.2 Perspectivas de los informantes clave sobre la atención centrada en el sobreviviente

---

Los informantes clave que trabajaban con ONG nacionales o internacionales y organizaciones de salud privadas consideraban en general que las políticas y los enfoques de las organizaciones para las que trabajaban estaban centrados en los sobrevivientes, pero que el sistema de salud público no lo estaba tanto. Así lo reconocieron los informantes clave que trabajan en el sector de la salud pública, y una persona representante del Ministerio de Salud señaló que “todavía nos queda mucho camino por recorrer”.<sup>162</sup>

Por otro lado, los informantes clave de los proveedores de servicios estatales y no estatales también reconocieron que el personal se veía limitado por la estructura y las políticas de los sistemas en los que

---

162 Entrevista a un funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social, 2 de agosto de 2022, Bogotá.

trabajan, lo que podía dar lugar a lagunas en su capacidad para comprender y proporcionar una atención oportuna y de calidad centrada en el sobreviviente. No obstante, la mayoría estaban familiarizados con los principios clave del enfoque centrado en el sobreviviente y reconocieron su importancia en relación con su propio trabajo con víctimas/sobrevivientes de la VSRC. Aunque hubo diferentes interpretaciones y ejemplos de lo que esto podría significar en la práctica, surgieron las siguientes prioridades:

- **La importancia de un enfoque individualizado:** los informantes clave reconocieron de forma generalizada la necesidad de que la asistencia en salud y otras ayudas a las víctimas/sobrevivientes sean individualizadas. Se describió de diferentes maneras, entre ellas, situar a las víctimas/sobrevivientes “en el centro de la prestación de servicios”; escuchar a la persona; dejar que la víctima/sobreviviente “dirija su tratamiento”; ser respetuoso y proporcionar un tratamiento acorde con la historia de la persona, su edad, sexo, origen étnico, el contexto de los hechos que había vivido y su idioma y creencias. Un informante clave hizo especial hincapié en la necesidad de centrarse en la víctima/sobreviviente como “persona, en su dignidad y autonomía, en su estado particular en el momento en que fue victimizada”.<sup>163</sup>
- **Empleo de un enfoque diferencial:** varios informantes clave destacaron la importancia de contar con un enfoque diferencial que tenga en cuenta no sólo las experiencias individuales, sino factores como la edad, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, el estatus socioeconómico y las formas en que estos repercuten en cómo se experimentan los daños y se produce el proceso de sanar. Varios informantes clave implicados en la prestación de SMAPS destacaron la importancia de comprender y trabajar dentro de la cosmovisión espiritual de las víctimas/sobrevivientes, lo que se consideró especialmente pertinente a las víctimas/sobrevivientes de comunidades indígenas.
- **Consideraciones para los niños:** a la hora de adaptar un enfoque centrado en el sobreviviente para los niños, los informantes clave subrayaron la importancia de escuchar, tomarse tiempo y ser paciente. Se hizo hincapié en la necesidad de dedicar tiempo a crear confianza para contribuir a “romper el silencio”, y también se señaló que los profesionales de salud deberían estar suficientemente capacitados y facultados para formular preguntas delicadas y ser capaces de proporcionar y orientar la atención y las derivaciones, incluso en los casos en que los chicos no fueran capaces de expresar lo que les había ocurrido.
- **Respeto de la confidencialidad:** la confidencialidad se considera un valor clave de la asistencia en salud y los informantes clave reflexionaron sobre cómo afectaba la falta de esa confidencialidad a la atención recibida por las víctimas/sobrevivientes y sobre cómo podía impedirles acceder a los servicios en primer lugar o continuar con el tratamiento. Se consideró esencial hacer hincapié en el respeto de la confidencialidad relacionada con la prestación de servicios de salud, así como con el proceso de recepción de declaraciones y registro como víctima en las entidades de la Fiscalía General de la Nación, al tiempo que se disponía de espacios privados para las consultas y otras reuniones entre víctimas/sobrevivientes. La importancia del consentimiento informado fue estrechamente vinculada al principio de confidencialidad por un informante clave que explicó la importancia de que las víctimas/sobrevivientes comprendan con quién se compartirá su información y en qué circunstancias.<sup>164</sup>

---

163 Entrevista por Zoom a un médico forense que trabaja para la sede de una institución gubernamental en Bogotá, 25 de julio de 2022.

164 Entrevista por Zoom a un experto en VBG que trabaja en la sede de la agencia de la ONU en Bogotá, 25 de julio de 2022.

## 7.

# Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de los que consta este informe ponen de relieve los terribles daños físicos, psicológicos, psicosociales y socioeconómicos derivados de la VSRC en Colombia y cómo se ven exacerbados por la falta de disponibilidad de servicios de salud oportunos y de calidad o la inaccesibilidad a ellos.

Los numerosos obstáculos identificados apuntan a la necesidad de llevar a cabo labores coordinadas y de gran alcance por parte de todos los responsables o implicados en la prestación de asistencia en salud para fortalecer las respuestas a todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC con el fin de garantizar que se atiendan sus derechos, necesidades y deseos. Al hacerlo, es esencial reconocer que los hombres y los niños (tanto los hombres y niños cisgénero heterosexuales como los que tienen una OSIGEGCS diversa) pueden ser víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual y que los servicios médicos y de SMAPS deben ser competentes en materia de género y tener la capacidad de proporcionar la atención especializada y a largo plazo que requieren.

Las reformas propuestas por el gobierno para el sistema de salud y en el PAPSIVI presentan importantes oportunidades para responder mejor a la VSRC en general y a la de hombres y niños en particular dentro del sistema de salud ordinario y a través del programa nacional de reparaciones. No obstante, las necesidades de salud de las víctimas/sobrevivientes son urgentes y muchas ya han esperado muchos años para recibir la atención y el apoyo que necesitan y a los que tienen derecho. Por lo tanto, la atención en salud a las víctimas/sobrevivientes debe abordarse con carácter de urgencia y no debe retrasarse mientras continúa el debate sobre la reforma.

El éxito de cualquier medida dependerá en gran parte de hasta qué punto esté realmente centrada en los sobrevivientes. En la actualidad, parece existir una brecha significativa entre la comprensión y las expectativas de lo que implica un enfoque de la asistencia en salud centrada en el sobreviviente para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y lo que está disponible en la práctica. Sin embargo, las principales partes interesadas entrevistadas para este informe también parecían apreciar la importancia de tener en cuenta los diferentes daños y necesidades de las víctimas/sobrevivientes individuales, así como la voluntad de reconocer y abordar los retos.

No obstante, las personas que han sufrido la VSRC, incluidas las víctimas/sobrevivientes de género masculino, deben ocupar un lugar preponderante en cualquier proceso destinado a fortalecer las respuestas en salud. Para ello, deben ser consultados sobre las revisiones de los marcos jurídicos y políticos, los protocolos y las directrices, deben participar en la elaboración de los programas de formación y en el diseño, la aplicación y la supervisión de los servicios de salud. La participación de las víctimas/sobrevivientes de género masculino en estos procesos no debe ir en detrimento de las mujeres, las niñas y las víctimas/sobrevivientes LGBTI+, sino que debe contribuir a garantizar que los servicios de salud se diseñen de forma que incluyan plenamente a todas las víctimas/sobrevivientes.

Tal y como destacaron tanto las víctimas/sobrevivientes como los informantes clave, también es vital que las respuestas en salud sean culturalmente apropiadas, un punto que se incluye específicamente en las recomendaciones de la Comisión de la Verdad que, como parte de una asistencia en salud integral para las víctimas del conflicto, pidió “el reconocimiento y la coordinación con los sistemas y prácticas de salud propios de los pueblos étnicos”, y que se refleja en la propuesta del gobierno de revitalizar los “sistemas de salud interculturales” como parte de su reforma del sistema de salud (véase el apartado Antecedentes).

Por lo tanto, ASP insta al Ministerio de Salud, a la Unidad para las Víctimas, a las Secretarías de Salud municipales y departamentales y a otras partes interesadas a tomar medidas inmediatas para poner en marcha esta y otras recomendaciones de la Comisión de la Verdad a fin de fortalecer la atención integral en salud (física y mental) y psicosocial de las víctimas del conflicto y fortalecer las capacidades para abordar los impactos particulares y desproporcionados de ciertos hechos victimizantes, incluida la violencia sexual.

En apoyo de ello, ASP ofrece las siguientes recomendaciones sobre las medidas que considera prioritarias. Muchas de las medidas sugeridas son pertinentes a todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, dado que muchos de los obstáculos para acceder a una atención en salud oportuna, de calidad y centrada en el sobreviviente son comunes a todas ellas. Sin embargo, algunas son específicas de los hombres y los niños, incluidos aquellos con OSIGEGCS diversa, como una categoría de víctimas/sobrevivientes cuyos derechos, necesidades y deseos se han pasado por alto en gran medida en Colombia.

Las recomendaciones que se exponen a continuación se dirigen principalmente al Gobierno de Colombia, en particular, al Ministerio de Salud, y a las autoridades nacionales y locales pertinentes y a los organismos estatutarios, incluida la Unidad para las Víctimas y la Defensoría del Pueblo. Sin embargo, también es esencial su cooperación y el apoyo continuo de las principales partes interesadas clave no gubernamentales nacionales e internacionales, incluidos los grupos o subgrupos humanitarios pertinentes (en particular, para VBG, salud y protección de la niñez), la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, así como los donantes, incluido el Fondo Multidonante para el Sosténimiento de la Paz en Colombia, de las Naciones Unidas.

## 7.1 Recomendaciones generales

---

- **Intensificar los esfuerzos para documentar la VSRC y lograr el reconocimiento público de su magnitud y de la forma en que se ha utilizado para atacar a diferentes poblaciones, así como de los daños resultantes.** Deben proporcionarse recursos específicos para mejorar la documentación de la VSRC contra hombres y niños, incluidos los que tienen una OSIGEGCS diversa, con el fin de proporcionar una imagen más completa de los patrones y los daños resultantes, además de fundamentar mejor las respuestas de prevención, asistencia en salud, justicia y de otro tipo, así como para garantizar el reconocimiento de todas las víctimas/sobrevivientes.

## 7.2 Recomendaciones a nivel estructural

---

- **Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de atención primaria de salud oportunos, de calidad y orientados a los sobrevivientes, incluso en las zonas afectadas por conflictos, y de atención médica especializada de fácil acceso para todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.** Se debe incluir lo siguiente:

- o *Acelerar las labores de refuerzo de la atención primaria en salud, especialmente en las zonas remotas y rurales, para garantizar la disponibilidad de una atención médica y mental de emergencia competente en materia de género y centrada en los sobrevivientes para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.*
- o *Garantizar derivaciones más rápidas y sencillas a la atención especializada para todas las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, incluso mediante la simplificación y agilización de los procesos de autorización de derivaciones por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).*
- o *Garantizar que la atención en salud física y mental especializada para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC esté disponible en todos los centros que prestan una atención de salud más compleja (niveles 2-4) y que esta experiencia esté presente no sólo en los centros de las grandes zonas urbanas, sino en los municipios más pequeños, que son más accesibles para muchas víctimas/sobrevivientes.*
- **Garantizar que todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, incluidos los hombres y los niños, tengan acceso a servicios de SMAPS de emergencia y a largo plazo** y que estos servicios estén diseñados para responder a las necesidades específicas de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y para tener en cuenta sus experiencias individuales y sus necesidades diferenciales en función del género, la edad, la OSIGEGCS, el origen étnico y otras variables.
- **Garantizar que los costes de transporte y otros gastos relacionados con los viajes no constituyan un obstáculo para la atención en salud de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.** Según las decisiones pertinentes de la Corte Constitucional, el coste del desplazamiento debe cubrirse cuando el paciente no pueda permitírselo y cuando la falta de acceso a los servicios comprometa su dignidad o su salud. Esto debería incluir la garantía de una financiación más rápida y fácilmente disponible de todos los gastos derivados de los desplazamientos hacia y desde los centros de salud (incluidos el transporte, el alojamiento y los refrigerios), tanto dentro de los municipios como a otros municipios, para permitir que las víctimas/sobrevivientes de la VSRC accedan a la atención que necesiten y elijan. También deben pagarse los gastos del progenitor, tutor, pareja o amigo(a) que acompañe a la víctima/sobreviviente.
- **Simplificar el sistema actual de registro en las EPS de los nuevos lugares de residencia para permitir el acceso a los servicios de salud no urgentes a los desplazados por el conflicto armado.** El sistema para volver a registrarse en los proveedores de seguros médicos debe ser más sencillo, rápido y accesible para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y otras violaciones relacionadas con el conflicto que hayan sido desplazadas a la fuerza o que hayan abandonado su lugar de origen por otros motivos.
- **Aclarar los requisitos que deben cumplir los trabajadores de salud para informar de los incidentes de violencia sexual a las autoridades judiciales y de otro tipo y asegurarse de que todo el personal pertinente recibe orientación y formación al respecto.** Los requisitos de notificación obligatoria en virtud del Derecho nacional y los protocolos pertinentes deben quedar claros; deben diseñarse para garantizar que no pongan en peligro a las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, al personal de salud o a los centros de salud, incluido el riesgo de represalias por parte de los actores armados, o que socaven de otro modo la protección.
- **Garantizar que todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC, incluidos los hombres y los niños, puedan hacer efectivo su derecho a la reparación, incluida la asistencia en salud.** Para garantizar

que todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC puedan acceder a las reparaciones, incluida la atención médica, de salud mental y psicosocial, a las que tienen derecho en virtud del programa nacional de reparaciones de Colombia, deben adoptarse las siguientes medidas:

- o *Agilizar y hacer más accesible el proceso de registro de la Unidad para las Víctimas.* Esto debería incluir la mejora de la divulgación entre las víctimas/sobrevivientes para que conozcan el programa nacional de reparaciones y las distintas reparaciones a las que tienen derecho como víctimas/sobrevivientes de la VSRC en virtud del mismo, y que comprenden y reciben apoyo para registrarse en la Unidad para las Víctimas y apelar inscripciones inexactas o rechazos.
  - o *Garantizar que todos los funcionarios de las entidades del Ministerio Público y de la Unidad para las Víctimas que sean responsables de tomar o analizar las declaraciones de registro de las víctimas/sobrevivientes reciban formación para identificar, apoyar y responder a las personas que puedan haber sido objeto de VSRC, incluidos hombres y niños.*
  - o *Acelerar la reforma del PAPSIVI para garantizar que se pongan en marcha rápidamente los recursos, la capacidad y las aptitudes necesarios para proporcionar un apoyo psicosocial a largo plazo, competente en materia de género y adecuado a la edad de todas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC.* Las intervenciones proporcionadas en el marco del PAPSIVI o del programa psicosocial de la Unidad para las Víctimas deben ser integrales y estar diseñadas para responder a los impactos específicos de género asociados a la VSRC y adaptadas para responder a las diferentes necesidades y deseos de las víctimas/sobrevivientes individuales, a la vez que se abordan los impactos familiares y comunitarios.
  - o *A la espera de la plena aplicación de las reformas del PAPSIVI, incluido el establecimiento de equipos de atención integral en los hospitales, debe fortalecerse el alcance geográfico, la disponibilidad y la continuidad del apoyo psicosocial ofrecido en el marco del PAPSIVI, así como por el programa psicosocial de la Unidad para las Víctimas,* para que las víctimas/sobrevivientes puedan acceder a la atención que necesitan en el momento oportuno. No debe limitarse el número de sesiones a su disposición, sino que debe determinarse en función de las necesidades de la víctima/sobreviviente, que también debe poder elegir si las sesiones son individuales, con otras víctimas/sobrevivientes o con familiares.
- **Revisar todas las políticas, protocolos y orientaciones pertinentes al tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual para garantizar que no sean sexistas y que respondan a los efectos y las necesidades específicas de género, edad y socioculturales de las víctimas/sobrevivientes, incluidos los hombres y los niños.** Debe darse prioridad inmediata a:
    - o *Acelerar la finalización de la revisión del Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012.* El Ministerio de Salud debería fijar una fecha límite para finalizar la revisión del Protocolo sobre Violencia Sexual y garantizar que la versión actualizada proporcione una orientación detallada sobre la respuesta a la VSRC contra hombres y niños, incluidos aquellos con OSIGEGCS diversa. Esto debería abarcar, entre otras cosas, información sobre los mitos comunes sobre la violencia sexual contra hombres y niños (por ejemplo, que no puede ocurrir, que los hombres pueden defenderse o que son débiles u homosexuales si no lo hacen, etc.); las consecuencias diferenciales a corto y largo plazo de la VSRC contra hombres y niños; las necesidades

- médicas y de SMAPS específicas de cada sexo y las vías de derivación; y consideraciones específicas de cada edad para el tratamiento de los niños víctimas/sobrevivientes.
- o *Iniciar procesos de revisión de la Guía defensorial para la atención integral a mujeres sobrevivientes de violencia sexual de la Defensoría del Pueblo y de la Guía para el abordaje forense integral en la investigación de la violencia sexual del INMLCF para asegurar que sean plenamente incluyentes en materia de género.* Estas y otras guías pertinentes deben incluir (dentro del cuerpo principal o como anexos) orientaciones específicas sobre la respuesta a la violencia sexual contra hombres y niños.

### 7.3 Recomendaciones a nivel organizacional

---

- **Garantizar que a todos los trabajadores de salud y demás personal que pueda entrar en contacto con las víctimas/sobrevivientes de la VSRC se les imparta formación sobre las prácticas de salud orientadas a los sobrevivientes y relacionadas con el tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de la violencia sexual, incluidos los hombres y los niños.** Se debe incluir lo siguiente:
  - o *Garantizar que a todo el personal de salud, como médicos, enfermeros y otras personas que presten un servicio social obligatorio, se les imparta una formación completa sobre la gestión clínica de la violencia sexual.* A la espera de que finalice la revisión del Protocolo sobre Violencia Sexual de 2012, las formaciones existentes deberían actualizarse para incluir módulos específicos relativos al tratamiento de las víctimas/sobrevivientes de género masculino. Una vez finalizado el Protocolo contra la violencia sexual revisado, todos los cursos deberán ser revisados para garantizar que la formación sea exhaustiva, que incluya la perspectiva de género y que sea adecuada a la edad.
  - o *Garantizar que la formación aborde las capacidades en evolución del niño y cómo integrar el conocimiento de esas capacidades en la atención a los niños víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, incluidos los de género masculino.*
  - o *Abordar las actitudes negativas hacia las víctimas/sobrevivientes de género masculino, incluidos aquellos con OSIGEGCS diversa, con el fin de contrarrestar los mitos sobre si experimentan la VSRC y por qué, evitar el lenguaje y los comportamientos que juzguen y discriminen, y proporcionar al personal de salud y a otras personas que trabajen en centros de salud los conocimientos y las habilidades necesarias para responder a todas las víctimas/sobrevivientes con dignidad, respeto y empatía.*
  - o *De acuerdo con el Protocolo sobre Violencia Sexual, las IPS deben garantizar que a todo el personal de salud y otras personas que trabajen en sus centros de salud se les impartan periódicamente “sesiones de sensibilización y capacitación” sobre violencia sexual, derechos de las víctimas, vías de atención y primeros auxilios psicológicos de conformidad con su perfil profesional.*
- **Considerar formas de reducir los altos niveles de rotación de personal en los centros de salud para garantizar una mejor continuidad y calidad de la atención.** En consonancia con las reformas propuestas del sistema de salud, a este respecto se deberían incluir mejores salarios y condiciones laborales para el personal de salud con el fin de fomentar la contratación y aumentar la fidelización del personal, especialmente en las zonas más remotas y rurales.

- **Garantizar que todos los centros de salud, incluidos los puestos de salud primaria, estén equipados con suministros médicos básicos, incluidas pruebas de diagnóstico del VIH, kits de PEP para proporcionar profilaxis post-exposición y detección y tratamiento de ITS.** El personal de salud también debe recibir formación sobre el uso de estos kits y herramientas de diagnóstico.
- **Garantizar que se respeta la confidencialidad y la privacidad de la víctima/sobreviviente a lo largo de todo el itinerario asistencial.** Deben establecerse medidas de formación y de otro tipo en todos los centros de salud para garantizar que el personal de salud (incluidos médicos, enfermeros y personal administrativo) cumple las disposiciones del Protocolo sobre Violencia Sexual para respetar en todo momento la confidencialidad y privacidad de los pacientes. Los centros de salud deben estar diseñados de tal forma que se pueda entrar en ellas con discreción y que se evite la exposición pública de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC. Deben habilitarse espacios privados para las consultas y el tratamiento.

## 7.4 Recomendaciones a nivel comunitario

- **Poner en marcha medidas eficaces para garantizar la seguridad y la protección de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y asegurarse de que existen medidas para proteger al personal de salud y a los centros de salud,** entre ellas:
  - o *Hay que recordar a todas las partes en el conflicto armado las obligaciones que les impone el Derecho Internacional Humanitario sobre el estatus de protección del personal y los centros de salud,* y poner en marcha medidas para fortalecer su protección. Todas las denuncias de ataques contra el personal y los centros de salud deben ser investigadas de forma inmediata y exhaustiva y debe llevarse a sus autores ante la justicia.
  - o *Revisar la eficacia de las medidas de protección existentes para las víctimas/sobrevivientes de la VSRC,* y aumentar los recursos y fortalecer las capacidades para garantizar la protección de las víctimas/sobrevivientes de la VSRC frente a las represalias de las partes en el conflicto armado y otros riesgos, para permitir a las víctimas/sobrevivientes acceder de forma segura a la atención en salud y participar plenamente en la justicia y otros procesos. Cuando sea necesario y con el consentimiento informado de las víctimas/sobrevivientes, la protección debe ampliarse a los familiares.
  - o *Redoblar los esfuerzos para garantizar la protección de los defensores de los derechos humanos,* incluidas las víctimas/sobrevivientes de la VSRC y otras personas implicadas en la defensa o el apoyo a las víctimas/sobrevivientes para que hagan realidad sus derechos, incluidos los relacionados con la salud y la justicia.
- **Trabajar con las comunidades afectadas por conflictos para aumentar la concientización sobre la vulnerabilidad de los hombres y los niños ante la VSRC y reducir la estigmatización, así como para fortalecer los mecanismos comunitarios de protección y apoyo.** Deben entablarse diálogos con los líderes comunitarios y religiosos, y otros miembros de la comunidad, para sensibilizarlos y concienciarlos sobre la violencia sexual contra los hombres y los niños, incluidos los que tienen una OSIGEGCS diversa, y para ayudar a remodelar el discurso discriminatorio en materia de género y las normas y estereotipos patriarcales y perjudiciales. También debe prestarse apoyo para fortalecer los mecanismos comunitarios de apoyo y protección existentes, incluido el fomento de la comprensión y la capacidad de apoyar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino.

- **Todas las actividades de promoción de la salud basadas en la comunidad deben incluir información sobre la violencia sexual contra hombres y niños, incluidos aquellos con OSIGEGCS diversa.** El medio de comunicación (por ejemplo, en persona, a través de los medios sociales, emisiones de televisión o radio) debe decidirse en consulta con las víctimas/sobrevivientes y los miembros de la comunidad para que sea apropiado y seguro para el contexto específico. Los materiales y mensajes de divulgación e información deben facilitarse en las lenguas locales y elaborarse consultando a las víctimas/sobrevivientes, incluidos los hombres y niños de la zona, para garantizar que se adaptan al contexto y tienen en cuenta las prácticas y creencias sociales y culturales locales.

## 7.5 Recomendaciones a nivel individual

---

- **Proporcionar un apoyo a largo plazo, culturalmente sensible y específico en función del género, a las víctimas/sobrevivientes de género masculino para ayudarlos a superar los sentimientos de autoestigmatización y culpabilización.** Debe ofrecerse a las víctimas/sobrevivientes un apoyo que sea seguro, voluntario y dirigido por ellas mismas, para abordar la autoestigmatización y el sentimiento de culpa que suele asociarse a la experiencia de la violencia sexual, así como la confusión personal sobre su identidad u orientación sexual y la forma negativa en que esto puede repercutir en el sentido que tienen de sí mismas y en sus relaciones con los demás.
- **Sensibilizar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino de la VSRC sobre sus derechos a la asistencia en salud y a la reparación y sobre los servicios médicos y de SMAPS disponibles y cómo acceder a ellos, así como sobre los protocolos existentes para garantizar su seguridad y protección (por ejemplo, protocolos de confidencialidad).** Las campañas de concienciación deben coordinarse entre todas las partes interesadas pertinentes, ya sean gubernamentales o no, incluidos los sectores de la salud, VBG, protección de la niñez, justicia y el Estado de derecho, y se deben sopesar los medios de comunicación más adecuados (en persona, medios sociales, televisión, radio, etc.) en función de los contextos, los idiomas y la cultura locales. El diseño de estas campañas debe basarse en las estrategias de divulgación diseñadas para llegar a las víctimas/sobrevivientes de género masculino ya desarrolladas por ONG nacionales o internacionales y proveedores de atención en salud.
- **Proporcionar financiación y otro tipo de apoyo para fortalecer las redes de víctimas/sobrevivientes de género masculino** con el fin de garantizar que puedan beneficiarse del apoyo entre iguales para ayudarlos a asimilar sus experiencias de VSRC; que cuenten con la ayuda de otras víctimas/sobrevivientes de la VSRC para desenvolverse por el sistema de salud y los procesos de justicia y protección, incluido el acceso a su derecho a la reparación, y que estén capacitados para participar e influir en el diseño y la aplicación de estos servicios y procesos.

## Anexo

**Tabla 1: Distribución regional de los informantes clave por zona en la que trabajan**

Región*	Departamento/s donde trabaja el informante clave	Número de informantes clave entrevistados
Amazonía	Enfoque regional	1
Andina	Norte de Santander	1
	Antioquia	2
	Putumayo	1
Caribe	Enfoque regional	1
	Magdalena	1
	Bolívar	1
Pacífico	Enfoque regional	2
	Chocó	1
	Nariño	3
	Cauca	1
Orinoquía	Meta	2
Sede	Bogotá	17
Número total de informantes clave		34

Tabla 1: Distribución regional de los informantes clave por zona en la que trabajan.

\*Algunas organizaciones tienen presencia en más de una zona, por lo que se ha incluido el enfoque regional principal.

**Tabla 2: Distribución regional y departamental de las víctimas/sobrevivientes**

Región	Número de víctimas/sobrevivientes entrevistadas	
Amazonía	2	
Andina	3	
Caribe	3	
Pacífico	1	
Orinoquía	1	
Número total de víctimas/sobrevivientes		10

**ALL SURVIVORS  
PROJECT**