



VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES: PROPUESTA DE UN
MODELO ANALÍTICO PARA SU ABORDAJE EN LA SALUD PÚBLICA

AICARDO OLIVEROS CASTRILLON

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
POSGRADOS EN SALUD
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

BOGOTA
2016

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES: PROPUESTA DE UN
MODELO ANALÍTICO PARA SU ABORDAJE EN LA SALUD PÚBLICA

AICARDO OLIVEROS CASTRILLON

INFORME DE INVESTIGACIÓN

SAUL FRANCO AGUDELO
ASESOR

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
POSGRADOS EN SALUD
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
BOGOTA
2016

Bogotá, D.C. Colombia
2016

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, Octubre de 2016

***Este proyecto lo dedico a los
hombres porque son hombres, a
las mujeres porque son mujeres,
a ambos porque merecen, en
igual sentido, cariño, cuidado y
respeto.***

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a los hombres y mujeres que se interesaron por este tema, que aunque muchos de ellos ante una violencia invisible se esfuerzan por tener un espacio en las políticas públicas.

Al doctor Saúl Franco Agudelo quién visualizó la importancia de este tema dentro del alcance de la maestría, dedicándole su mayor esfuerzo, comprensión y apoyo.

A todos mis compañeros y profesores de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Santo Tomás de Bogotá, quiénes con gran esfuerzo apoyaron e hicieron parte crítica del presente trabajo de investigación.

Agradezco a los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en especial a la Dirección de Epidemiología y Demografía liderada, en su momento, por la doctora Martha Lucía Ospina.

A mis interlocutores institucionales Pilar Cardona y Maira Alejandra Ortiz, quiénes vieron la importancia de este tema para el desarrollo de las políticas y me aportaron valiosos conocimientos en el desarrollo del proyecto de investigación.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS	21
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4. MARCO TEÓRICO	22
5. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES DESDE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EXISTENTES.	30
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CARACTERIZACION DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES.....	30
5.2. CARACTERIZACION DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, SEGÚN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA - SIVIGILA.....	40
5.3. CARACTERIZACION DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES SEGÚN DICTÁMENES SEXOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES - INMLyCF.....	47
5.4. COMPARACIÓN DE LA VSH ENTRE EL INS Y EL INMLCF.	52
5.5. ANÁLISIS DE PATRONES DE INEQUIDADES RELATIVAS Y ABSOLUTAS DE LA VSH.....	55
5.6. ANÁLISIS CON BASE EN LOS DATOS DEL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS- RUV.	59
5.7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA CARACTERIZACIÓN.	63
7. PROPUESTA DE MODELO ANALÍTICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES	69
7.1. BASE CONCEPTUAL.....	69
7.2. DISEÑO DEL MODELO ANALÍTICO	75
7.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LAS DIFICULTADES Y POSIBILIDADES PARA EL DESARROLLO DEL MODELO ANALÍTICO DE LA VSH.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	98

LISTA DE TABLAS

Número	Descripción	Pág.
Tabla 1	Distribución de frecuencia de los casos de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y sexual, Colombia 2012 – 2014.	40
Tabla 2	Distribución de los casos de violencias contra la mujer, violencia intrafamiliar y sexual, según sexo y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.	41
Tabla 3	Distribución de frecuencia de los casos de VSH según grupos de edad y año del hecho, Colombia 2012 – 2013.	42
Tabla 4	Distribución de frecuencia de los casos de VSH entre 15 a 59 años de edad según nivel de escolaridad y año del hecho, Colombia 2012 – 2013.	44
Tabla 5	Distribución de frecuencia de los casos de VSH en mayores de 15 a 59 años de edad según afiliación al régimen de seguridad social en salud y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.	45
Tabla 6	Distribución de frecuencia de los casos de VSH en mayores de 15 a 59 años de edad, según el agresor y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.	45
Tabla 7	Tasa por 10.000 habitantes de violencia sexual según departamento y ciudades principales de ocurrencia, Colombia 2012 – 2014.	46
Tabla 8	Distribución de frecuencia de los dictámenes de sexológicos, según sexo y año de ocurrencia, Colombia 2012 – 2014.	48
Tabla 9	Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres, según edad, Colombia, 2012 – 2014.	48
Tabla 10	Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años, según nivel educativo, Colombia, 2012 – 2014.	49
Tabla 11	Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres entre 15 a 49 años, según agresor, Colombia, 2012 – 2014.	50
Tabla 12	Tasa por 10.000 habitantes de presunto delito sexual en hombres, según departamento y ciudades principales del hecho, Colombia, 2012 – 2014.	51
Tabla 13	Comparación entre tasas del SIVIGILA y el sistema de información del INMLyCF por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años de edad, Colombia, 2012.	52

Número	Descripción	Pág.
Tabla 14	Distribución de frecuencia y tasa por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años de edad, Colombia, 2013.	53
Tabla 15	Distribución de frecuencia y tasa por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres mayores de 15 años de edad, Colombia, 2014.	54
Tabla 16	Tasas y diferencias de tasas de violencia sexual en hombres según grupos de edad, Colombia.	56
Tabla 17	Proporción y razón de violencia sexual en hombres según área de residencia, Colombia.	57
Tabla 18	Razón de violencia sexual en hombres según régimen de seguridad social de la víctima, Colombia.	57
Tabla 19	Tasas y diferencias de tasas de violencia sexual en hombres según régimen de seguridad social de la víctima, Colombia.	58
Tabla 20	Distribución de frecuencia de los hombres víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual, entre 15-59 años, en desarrollo del conflicto armado, Colombia.	59
Tabla 21	Distribución de frecuencia de los hombres víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual, entre 15 a 59 años, en desarrollo del conflicto armado, Colombia.	61
Tabla 22	Tasa de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado en hombres entre los 15 a 59 años de edad, Colombia, consolidado a 2014.	61
Tabla 23	Tasa de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado en hombres entre los 15 a 59 años de edad según departamento de ocurrencia, Colombia, consolidado a 2014.	62
Tabla 24	Indicadores básicos del modelo analítico para el abordaje de la VSH	81
Tabla 25	Caracterización de las fuentes de información del modelo analítico para el abordaje de la violencia sexual en hombres.	84
Tabla 26	Especificación de las variables del modelo de VSH.	86
Tabla 28	Condiciones, dificultades y posibilidades en la implementación del modelo de la VSH.	96

LISTA DE FIGURAS

Número	Descripción	Pág.
Grafico 1	Tendencia en número de casos de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado según fecha de ocurrencia.	60
Gráfica 2	Modelo conceptual de la violencia sexual en hombres.	73
Gráfica 3	Etapas del diseño operativo del modelo analítico de VSH.	77
Gráfica 4	Diseño metodológico del modelo analítico de abordaje de la violencia sexual en hombres.	80

GLOSARIO

Sigla	Descripción
VS	Violencia sexual
VSH	Violencia sexual contra los hombres
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública
INMLyCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
ONG	Organismos no gubernamentales
PIB	Producto interno bruto
VIH	Virus de inmunodeficiencia humano
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
RIPS	Registro Individual de Prestaciones de Salud
RUV	Registro Único de Víctimas
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
ONS	Observatorio Nacional de Salud
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
WHO	World Health Organization

RESUMEN

Título: VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES-VSH: “PROPUESTA DE UN MODELO ANALÍTICO PARA SU ABORDAJE EN LA SALUD PÚBLICA”			
Fecha elaboración: 2015– 2016		Palabras Claves: Violencia, sexual, hombres.	
<p>Sumario: Aunque la Violencia Sexual contra los Hombres – VSH es un problema frecuente en nuestra sociedad, los avances solo se han dirigido a la violencia sexual contra la mujer, niños y niñas, reconociendo muy poco y casi excluyendo esta problemática en los hombres que al igual también son víctimas. Es el tema de la no inclusión y el poco conocimiento que motiva la realización de esta investigación, como una forma de violencia que requiere ser analizada desde el punto de vista de la equidad en salud, los determinantes sociales y la perspectiva de derechos, pretendiendo encontrar mecanismos que posibiliten el desarrollo de las políticas de salud pública, así como su planeación y desarrollo de las acciones, que desde todos los sectores sociales permitan transformar las estructuras y disminuir respuestas violentas que se perpetúan sobre la base de inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones.</p> <p>Ante dicha situación expresada y en la cual una parte del problema son los sistemas de información institucional, que no consideran todos los elementos y variantes para el análisis del evento de VSH, se plantea el desarrollo de un marco conceptual para integrar la información institucional para el abordaje de la VSH, que incluya los elementos relacionados con los determinantes sociales y posibilite reconocer la VSH como un problema de salud pública. Se pretende avanzar en este planteamiento y construir todos los elementos que permitan caracterizar el evento de VSH y desarrollar la propuesta de un modelo analítico para su abordaje en la salud pública, que integre los sistemas de información en el país, relacionados con la vigilancia en salud pública, la atención forense y la prestación de servicios de salud. Dicho modelo se basa en la estratificación social, la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud, la vulnerabilidad y las consecuencias diferenciales de la violencia sexual, así como el impacto que el evento de VSH puede tener en la salud. Su diseño busca responder a la pregunta orientadora ¿Cuál es el marco conceptual para integrar la información institucional que permita el abordaje de la VSH, que incluya los elementos relacionados con los determinantes sociales y posibilite reconocer la VSH como un problema de salud pública?, busca responder los interrogantes fundamentales sobre sus manifestaciones, las causas y las determinaciones sociales de la problemática de la violencia, los efectos en la demanda de servicios de salud y la respuesta institucional, comunitaria y social.</p> <p>Los resultados de este informe proponen una posibilidad de influir en los espacios de pensamiento, como un abordaje autónomo, independiente, pluralista, con capacidad crítica, que contribuya a una mayor racionalidad en los debates sobre el tema social de la VSH, como problema de salud pública. Se concentra en lograr una mirada del evento, mediante el análisis de sus características, frecuencia, distribución y sus principales determinantes, reflejados en preguntas claves que influyen o determinan las condiciones de vulnerabilidad.</p>			
Formato: DOC	Lenguaje: Español	Código: Proyecto-VSH-2016	Versión:1.0
Categoría: Investigación		Grupo de investigación: Violencia	Estado: Informe final
Investigador: Aicardo Oliveros C.		Asesor: Saúl Franco A. Catedrático, Universidad Santo Tomás	

1. INTRODUCCIÓN

Aunque la Violencia Sexual contra los Hombres – VSH es un problema frecuente en nuestra sociedad, los avances solo se han dirigido a la violencia sexual contra la mujer y a los niños y niñas, reconociendo muy poco y casi excluyendo esta problemática en los hombres que al igual también son víctimas. Exclusión que en muchos casos responde a los estereotipos de género que sugieren que los hombres no pueden ser víctimas, sólo perpetradores, por lo tanto, solo se determinan políticas públicas y acciones dirigidas a la población de mujeres, niñas y niños, dejando por fuera de estas iniciativas a los hombres(1). Es el caso de muchos países incluyendo Colombia donde las políticas públicas excluyen a la mayoría de los hombres y solo se habla especialmente de la violencia ejercida por la pareja y la violencia sexual, como una referencia hacia la mujer sin considerar o tener en cuenta que los hombres también hacen parte del problema¹. El tema de la no inclusión y el poco conocimiento es el que motiva la realización de un modelo analítico de la VSH, como una forma de violencia que requiere ser analizada con criterios de equidad en salud, determinantes sociales y garantía de derechos.

El modelo analítico de la VSH se fundamenta en la creación de mecanismos que posibiliten el desarrollo de las políticas de salud pública, así como su forma de planeación y el desarrollo operativo de las acciones, que desde los sectores sociales permitan transformar las estructuras y disminuir respuestas violentas que se mantienen y perpetúan sobre la base de inequidades, discriminaciones y exclusiones. Considera como las desigualdades sociales en la salud, motivan las diferencias e inequidades que surgen de la interacción de mecanismos que posibilitan su generación o perpetuación en una sociedad.

Este documento plantea el desarrollo de un modelo analítico de la VSH, que desde su propio marco conceptual integre la información institucional para el abordaje de la VSH, así mismo, que incluya los elementos relacionados con los determinantes sociales y posibilite reconocer la VSH como un problema

¹ Ley 1257 de 2008 de la República de Colombia, por la cual "se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones". Reglamentada por el Decreto Nacional 4463 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4796 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4798 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4799 de 2011.

de salud pública. Consta de dos componentes: el primero, la caracterización de la VSH donde se describe el contexto, con el objeto de verificar su representatividad y el segundo, establece los lineamientos conceptuales y técnicos para el diseño de un modelo analítico de la VSH, que permita abordar el tema como un fenómeno en salud pública, reconociendo sus interacciones desde las perspectivas de equidad en salud y de las políticas en salud pública de Colombia. Se busca, responder a las preguntas relacionadas con las manifestaciones del problema, las causas y los determinantes sociales de este tipo de violencia y, en su medida, los efectos en la demanda de servicios de salud y la respuesta institucional, comunitaria y social.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La VSH es un problema social serio, porque se manifiesta en situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de uno de sus sectores, trascendiendo desde la esfera de lo privado al ámbito público, donde el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno. Esta situación la reconoce la Organización Mundial de la Salud afirmando que la violencia sexual es un problema grave tanto en las mujeres como en los hombres y en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud (1), pág. 167, expresa: *“el tema de la violencia sexual contra hombres ha sido dejado de lado, salvo el abuso sexual infantil. La violencia sexual contra hombres se produce en todos los espacios y ámbitos, en el hogar, en el trabajo, en la calle, en el conflicto armado, en las fuerzas armadas legales e ilegales, así como en las cárceles y en los grupos y colectivos organizados”*.

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud del año 2000 (1) y la publicación del centro de prensa de octubre 3 de 2002, donde abordan el tema de la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo, el cual evidencia los altos porcentajes en regiones subdesarrolladas, donde aproximadamente 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente relacionados con la violencia auto infligida, interpersonal o colectiva. Cifra que es mucho más altas en la violencia no mortal como agresiones físicas y sexuales de las cuales no se tienen estimaciones precisas. En dicha publicación (2), pág. 1, se afirma que: *“las muertes y discapacidades causadas por la violencia en general convierten a ésta en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. La violencia en general es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y es responsable del 14% de las defunciones entre la población masculina y del 7% entre la femenina. En un día cualquiera, 1.424 personas mueren en actos de homicidio, casi una persona por minuto. Aproximadamente una persona se suicida cada 40 segundos. Unas 35 personas mueren cada hora como consecuencia directa de un conflicto armado. Se calcula que en el siglo XX, 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de un conflicto, y bastante más de la mitad eran civiles. Otros*

estudios han demostrado que en algunos países los gastos sanitarios causados por la violencia representan más del 5% del Producto Interno Bruto (PIB)”.

La violencia sexual contra hombres a nivel mundial es un problema grave, según el Informe Mundial de Violencia y Salud del año 2000(1), pág. 167, *“los estudios realizados en países desarrollados sobre violencia sexual contra hombres, indican que entre el 5% y el 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de abuso sexual en la niñez”*.

De igual forma, las organizaciones internacionales como: organismos de Naciones Unidas, organizaciones gubernamentales e intergubernamentales, ONG internacionales, tribunales penales internacionales, han reconocido el problema en sus publicaciones, sin embargo, la violencia sexual dirigida contra los hombres presenta bajos niveles de documentación. Reconocen que aunque se habría prestado mayor atención a la violencia que se ejerce contra las mujeres, es posible argumentar que la violencia contra los hombres en varios contextos es un problema social que merece especial atención. Este es un fenómeno, que al igual que en la violencia contra las mujeres, debe analizarse como tal, teniendo en cuenta su naturaleza, causas y consecuencias, así como los espacios en los que se manifiesta. Pese a las continuas referencias realizadas por los organismos internacionales sobre el tema, los avances solo se han dirigido a grupos prioritarios relacionados con la violencia sexual contra la mujer y a los niños y niñas, casi excluyendo de esta problemática a los hombres que al igual también son víctimas (3) o que en muchos casos perpetúan el riesgo como victimarios.

En Colombia, la VSH en el marco del conflicto armado representa un problema que crece a nivel social y tendrá sus efectos mayores durante el desarrollo del posconflicto. Según la ONG Oxfam(4)², dentro del estudio realizado en el marco del conflicto armado colombiano entre 2008 y 2012 en 1.070 de los 1.130 municipios del país, se evidenciaron 48.915 menores de 18 años que fueron víctimas de violencia sexual, de los cuales 7.602 son hombres. Los departamentos que presentaron un mayor número de casos son: Antioquia, Valle del Cauca, Nariño, Santander y la ciudad de Bogotá.

² Periódico El Tiempo, 23 de marzo de 2014

En la mayoría de los países un aspecto importante que profundiza la situación de vulnerabilidad, es que este tipo de evento es poco reconocido en la sociedad, sin embargo, y pese al desarrollo normativo a nivel institucional, tiene efectos en: la integridad de las personas, en la privacidad individual, en el manejo institucional y en los mecanismos de tratamiento de datos. La mayoría de los expertos consideran el grave problema de subestimación y sub-registro a causa de la difícil documentación, recopilación, codificación y sistematización. Pinzón(5), pág. 354, expresa esta situación en los siguientes argumentos:

“ ...

- 1) *Este tipo de violencia vulnera la integridad de las personas en su nivel más profundo, pues no solo son manifestaciones de carácter físico sino psicológico, lo que causa que la víctima muy pocas veces denuncie el hecho, por razones culturales, religiosas, sociales o individuales,*
- 2) *La sexualidad y el género hacen parte de la esfera de lo privado para los seres humanos,*
- 3) *Las instituciones y entidades encargadas de hacer seguimiento y la atención a este tipo de delitos no cuentan en la mayoría de los casos con la capacidad logística y de recursos para atender la recepción de este tipo de información, y*
- 4) *Las metodologías para la recolección de información contienen sesgos conceptuales muy fuertes que tienden al sub-registro de las tipologías de la violencia y la violencia sexual.*

...”

En Colombia la ausencia de información sobre los casos de violencia sexual en hombres durante el proceso de atención y de salud integral, y el consecuente sub-registro de denuncias y su bajo reconocimiento, se convierte en uno de los motores de aumento y espiral de la VSH, pues generan altos niveles de impunidad y en su medida una amenaza creciente en la salud pública. Es evidente en el sistema de información en salud y en especial en el sistema de vigilancia epidemiológica, la falta de las variables sociales, de conducta y de estilos de vida, que permitan evaluar las intervenciones de salud. Así mismo, es evidente la ausencia de modelos

explicativos sobre la VSH que incluyan y relacionen diferentes conceptos y posturas sobre los determinantes sociales de la salud, considerando elementos como: la estratificación social o las circunstancias socioeconómicas de la familia, la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud, la vulnerabilidad y las consecuencias diferenciales, que permitan monitorear y controlar el fomento de las intervenciones intersectoriales concretas, para reducir la violencia social e interpersonal y la inseguridad personal y comunitaria.

Ante dicha situación expresada y en la cual una parte del problema son los sistemas de información institucional, que no consideran todos los elementos y variantes para el análisis del evento de VSH, es importante plantear el desarrollo de un marco conceptual para integrar la información institucional para el abordaje de la VSH, que incluya los elementos relacionados con los determinantes sociales y posibilite reconocer la VSH como un problema de salud pública.

El presente trabajo pretende avanzar en este planteamiento y construir todos los elementos que permitan caracterizar el evento de VSH y desarrollar la propuesta de un modelo analítico para su abordaje en la salud pública.

2.2. JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual en general se ha documentado como un importante problema de salud pública y a nivel mundial existen diversos estudios que sustentan esta hipótesis, como el estudio realizado por Centers for Disease Control and Prevention, sobre la caracterización y prevalencia de la violencia sexual, el acoso y violencia contra la pareja en Estados Unidos(6)³, donde indica que el 19,3% de las mujeres (más de 23 millones) han sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida; una de cada cuatro (27,3%) ha experimentado algún tipo de contacto sexual no deseado; en el caso de los hombres, el 1,7% (casi 2 millones) fueron víctimas de este tipo de violencia. Según lo indican las cifras en la última década, la población más vulnerable de ser víctima de abuso sexual son las mujeres y los niños, quienes presentan mayor riesgo y están más expuestos a ser víctimas(7). De hecho el Informe Mundial sobre la violencia y salud, ya había afirmado tal situación en los estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo

³Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y de Pareja (NISVS, por sus siglas en inglés).

que demostraron que entre el 5% y 10% de los hombres indican haber sido víctimas de violencia sexual durante su niñez; de acuerdo con ello y según el estudio, es frecuente que el primer acto sexual se haya dado de manera forzada (1). Sin duda alguna se visualiza que estos actos generan en la persona una conducta de represión y de baja autoestima que podrían repercutir en actos violentos en su edad adulta.

En Colombia, la violencia sexual en los últimos 10 años ha mostrado una leve tendencia al aumento. Las cifras más altas del periodo se registraron en 2011, con 22.597 casos y una tasa de 49,08 por cada 100.000 habitantes. En el año 2014 en comparación con 2013 se presenta un incremento porcentual de 1,81% equivalente a 376 casos, obteniéndose una tasa de 44,30 por cada 100.000 habitantes(5).

Una de las realidades más palpables de nuestro país, en la que al igual se presenta mayor riesgo, probabilidad y exposición al desarrollo de la violencia sexual es en el conflicto armado colombiano, y en varias regiones del país este tipo de violencia se ha convertido en un instrumento de guerra; las condiciones de pobreza, el desplazamiento forzado rural e interurbano, las riñas entre bandas criminales, permiten que se originen escenarios donde la población expuesta es objeto de abuso. En el año 2012 se registraron 149 casos por violencia sociopolítica (5)⁴ dentro del conflicto armado, de los cuales 129 víctimas fueron mujeres y 20 hombres; en 2013 se presentó una reducción de 81 casos(8).

Por su parte, la VSH también debe considerarse como un problema de salud pública, porque es un evento trascendente para la salud colectiva que cada día cobra mayor interés y gran impacto, al tener en cuenta los criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones e interés público, que requiere ser enfrentado con medidas de salud pública. En cuanto a su comportamiento epidemiológico, tiende a una alta prevalencia mundial y un espiral de aumento en Colombia, que por su relevancia social tiene efectos y consecuencias graves aún mayores que otros eventos en salud pública. En cuanto a su gravedad, este tipo de evento puede generar problemas de salud

⁴De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, la violencia sociopolítica es definida como una violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales, que incluye los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. Por su parte la violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.

física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH, además pueden haber efectos mortales como: homicidio, suicidio, mortalidad materna, entre otros. Y efectos no-mortales en: la salud física, trastornos crónicos, salud mental, salud reproductiva y comportamientos negativos.

Históricamente, la violencia sexual se ha visto como un fenómeno cuya ocurrencia es casi exclusivo en mujeres y niños, niñas(6); sin embargo se hace poco referencia en los hombres, jóvenes y adultos, según Valero(9), pág. 1:

“...el silencio mediático y estadístico de los malos tratos a los hombres hace más difícil la asunción de un problema que, en algunos países, registra las mismas cifras que las agresiones a mujeres.

En los últimos años la sociedad ha dado grandes pasos en la detección y en la lucha en el maltrato contra la mujer. Sin embargo, existe un gran vacío mediático, estadístico y legal en los casos en los que el hombre es la víctima de violencia doméstica y la mujer la que ejerce los malos tratos.

Los expertos señalan que es difícil establecer datos fiables del total de casos de violencia sexual en hombres ya que todavía, por vergüenza a sentirse ridiculizados, muchos hombres se frenan a la hora de denunciar que se sienten maltratados, esto se une el hecho de que los gobiernos y las instituciones vigilan mucho menos este tipo de maltrato que al ejercido hacia la mujer y no teniendo en cuenta que las consecuencias del maltrato en hombres, igual que en las mujeres, son devastadores: desordenes psicológicos tales como depresión, ansiedad, pánico, estrés postraumático, miedo, sentimiento de inferioridad y de culpabilidad o justificación de las agresiones acontecidas.”.

Lo anterior refleja que la falta de información y de análisis desde la perspectiva de equidad en salud y de los determinantes sociales sobre las características de los hechos de la VSH, de las víctimas y victimarios, así como la poca integralidad del proceso de atención (prevención, atención y justicia) por parte de todas las instancias institucionales encargadas, favorece el poco conocimiento de la VSH, que puede convertirse en uno de

los motores de aumento y espiral de la violencia, pues generan altos niveles de impunidad y en su medida una amenaza creciente en la salud pública.

Avances integrales se han propiciado en Colombia y entre los cuales es importante destacar la visión del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia(10), que reconoce dicha situación de vulnerabilidad y estructura su enfoque y desarrollo para alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuir la vulnerabilidad social. Incorpora las políticas dirigidas a los grupos poblacionales, especialmente a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores, mujeres víctimas de maltrato y otras clases de violencia de género, víctimas del conflicto, personas con discapacidad y grupos étnicos. En su enfoque de género reconoce que los modelos hegemónicos de la masculinidad además de tener graves implicaciones para la vida de las mujeres, también afectan a los hombres(4). Actualmente, desde la perspectiva de equidad en salud se pretende avanzar para identificar la VSH, de tal forma que permita planear y desarrollar las acciones, que desde el sector salud, ayuden a transformar las estructuras que mantienen las inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones hacia los hombres y modificar factores que contribuyan a disminuir respuestas violentas. Otro avance importante se da en la implementación de los sistemas de información, dentro de los cuales se destaca el desarrollo realizado desde el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género, mediante el cual se ha podido identificar y analizar las principales causas de morbilidad y mortalidad en hombres en Colombia, donde se evidencia y se percibe la magnitud creciente del problema.

Por lo tanto, se justifica un abordaje de la VSH que se enmarque desde el punto de vista de la equidad en salud, donde el derecho a la salud adquiere su connotación de “fundamental” en relación con el contenido esencial que permita lograr la dignidad humana, como un derecho de ciudadanía, que es universal y que cubre a todos sin discriminación, y que implica un contenido integral que en el fondo se traduce que las personas tengan condiciones de vida dignas. Es en este marco que deben establecerse las reglas pertinentes para asegurar un ámbito específico de protección del derecho, como es el acceso a los servicios de salud para los hombres violentados sexualmente, mediante disposiciones efectivas que den atención con calidad, oportunidad y equidad. La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)(11), es un avance

fundamental para el Estado Colombiano para adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida, lo cual implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos y las ciudadanas.

Ante los cambios generados a partir del desarrollo de las políticas de atención integral en Colombia, es importante para el país el diseño y aplicación de modelos analíticos, que reconozcan la VSH como un problema social serio, no solo desde la mirada de casos individuales sino desde el contexto social, de tal forma, que se reconozca la situación del problema y su abordaje en la salud pública desde la equidad en salud y los determinantes sociales, generando diferentes miradas de la información que identifiquen su comportamiento y posibiliten orientar los procesos de intervención relacionados con las propias necesidades y problemáticas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo analítico de la VSH, que permita el reconocimiento del problema y su abordaje en salud pública, integrando la información institucional y los elementos relacionados con los determinantes sociales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la información relevante que permita caracterizar el fenómeno de la VSH, a partir de las fuentes disponibles a nivel institucional.
- Caracterizar la VSH, de acuerdo con las variables socio demográficas y los patrones de inequidades desde el enfoque de equidad en salud y sus determinantes sociales, para las distintas regiones administrativas del país (departamentos de Colombia) y para las principales ciudades.
- Determinar la estructura y los componentes de un modelo de análisis para la VSH.
- Construir un modelo analítico que permita reconocer los determinantes de la VSH.

4. MARCO TEÓRICO

La complejidad del problema de la violencia sexual en hombres empieza por su definición, la OMS define la violencia(1), pág. 5, como: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que causa o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*. En la discusión pública, en la política y en los medios de comunicación se usa el término violencia para denominar una gama muy amplia y muy diferente de hechos. Se debe tener en cuenta que una situación de violencia se presenta cuando una persona impone su poder sobre otra u otras en forma agresiva, vulnerando sus derechos.

La violencia sexual, según la OMS(1), pág. 161, la define como *“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*. Este tipo de violencia implica, cualquier acto o comportamiento sexual dirigido a adultos o menores, hombres o mujeres, que involucre el uso de la fuerza o de cualquier otro tipo de coerción física, psicológica o emocional así como la intimidación, el chantaje, la presión indebida, el soborno, la manipulación aprovechando el estado de indefensión o desigualdad en las relaciones de poder entre la víctima y el agresor. En cuanto a la violencia sexual, están presentes todas las relaciones o actos no consentidos por la persona sea hombre o mujer, aprovechándose de las condiciones de indefensión, desigualdad y poder entre víctima y agresor.

Para el caso Colombiano y de acuerdo con el Código de Procedimiento Penal(12), la definición de violencia sexual que se utiliza para el país es la que se expresa en el marco de la Ley 1257 de 2008, artículo 3, numeral c, que si bien la Ley es para mujeres, la definición en sí misma es aplicable para hombres. La definición elaborada para esta Ley es la siguiente: *“Toda acción consistente en obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la*

*persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas*⁵.

Esta definición y sus formas de violencia que también aplican para hombres, se han complementado con la incorporación de otras formas de violencia sexual que están referenciadas en diferentes Leyes como: Ley 1146 de 2007 que refiere sobre las violencias sexuales en niños, niñas y adolescentes, Ley 985 de 2005, sobre trata de personas donde se incluye los fines de explotación sexual, la Ley 1719 de 2013, que incluye las diferentes formas de violencia sexual en el marco del conflicto armado como desnudez forzada, esclavitud sexual, prostitución forzada, acceso carnal abusivo, actos sexuales contra persona protegida, esterilización forzada, entre otras, y la Ley 1336 de 2009 sobre explotación, pornografía y turismo sexual en niños, niñas y adolescentes. Todas estas leyes están relacionadas con un delito tipificado en el Código Penal Colombiano asociado con la pérdida de los derechos de autonomía e integridad de la víctima.

Colombia considera la violencia sexual como un delito y un problema de interés en salud pública y lo ha venido abordando desde diferentes perspectivas y enfoques en las instituciones de justicia, salud, protección y educación, con el fin de realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación, que permitan el restablecimiento de los derechos de las víctimas tanto en hombres como en mujeres. Cuando la violencia sexual se configura como una violencia de género, se puede observar que el agresor y/o agresores realizan una acción, comportamiento, conducta o amenaza con sufrimiento sexual que afecta a una persona, su familia y la comunidad, asociada a un ejercicio de poder fundamentado en relaciones asimétricas, tanto en el ámbito público como en lo privado, manteniendo relaciones de desigualdad y discriminación por razones de género, sexo y orientación sexual.

La comprensión de la VSH requiere diferentes abordajes, articulados y complementados, que identifiquen su comportamiento y posibiliten orientar los procesos de intervención, entre ellos: desde la salud pública, desde la equidad en salud, desde los derechos, desde los determinantes sociales y desde la construcción analítica. La especificación de dichos abordajes es la siguiente:

⁵Definición realizada por la Ley 1257 de 2008, acogida en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género, del Instituto Nacional de Salud.

- **Abordaje desde la salud pública**

El abordaje de la VSH como problema de salud pública(13), parte de la necesidad de fortalecer los procesos sociales en su formulación e implementación, basados en el análisis de la realidad donde se identifica el problema, evento o situación de interés social, integrando diferentes conocimientos y saberes(14) y con la participación de quienes se mueven por intereses colectivos y tienen la posibilidad de aportar a la mejor solución posible.

El evento de la VSH se comprende, desde la situación de los hombres como víctimas o victimarios, como una forma de violencia, prevenible y modificable, si se desarrollan adecuadamente políticas públicas que prevengan, mitiguen o superen los riesgos asociados a dicha problemática(15), desde los determinantes sociales. Teniendo en cuenta que dichos determinantes también están relacionados con otros componentes como la cultura y la forma en la que la sociedad construye roles y estereotipos relacionados con el género, el sexo y la orientación sexual, que permiten que las personas se relacionen de forma asimétrica y desigual, posibilitando desigualdad y discriminación.

Se pretende entonces repensar la salud pública, en gran medida como lo expresa Rojas(16), pág. 53, como *“la ciencia y el arte de promover salud y prevenir enfermedad, mediante esfuerzos organizados de la sociedad”*. En este contexto la violencia sexual en hombres es una situación que requiere cambios culturales y la movilización de intervenciones de diferentes sectores, no solo desde el punto de vista institucional sino desde la participación social y comunitaria. La salud pública permite el abordaje de la VSH porque cuenta con un campo interdisciplinario que busca incidir sobre los determinantes sociales y económicos en el proceso salud enfermedad, al propiciar la intersectorialidad en su diseño, operación y acción(17).

- **Abordaje desde la equidad en salud**

El conocimiento del evento de VSH implica identificar todos los aspectos que generen las oportunidades así como las diferencias en salud, donde el derecho a la salud adquiere su connotación de “fundamental” en relación con el contenido esencial que permita lograr la dignidad humana. Es desde este

abordaje que implica reconocerla en términos de equidad e igualdad de derechos, puesto que esta violencia ha sido reconocida en sí misma como una forma de discriminación y constituye una violación para el goce y ejercicio de todos los derechos y libertades.

La equidad en salud, según Solar(18) y Starfield(19) la consideran como aquella ausencia de diferencias que son injustas y en su mayoría evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que presentan características socioeconómicas, demográficas o geográficas distintas. Entender y abordar la violencia sexual en hombres desde la equidad en salud tiene también implicaciones en la atención misma y abarca:

- La promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, incluido el derecho a una vida libre de violencias y la equidad de género,
- La prevención de dichas violencias, y
- La atención integral a las víctimas que garantice la restitución de sus derechos y su empoderamiento.

En este contexto para explicar la VSH, el alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana. La equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, como un campo limitado de la distribución de la asistencia sanitaria.

Del lado contrario, el concepto de inequidad, según solar(20) y Graham(21) aplicada al contexto de la violencia sexual en hombres, implica que también las desigualdades que se identifiquen son injustas o evitables y que su abordaje desde todas las instituciones pueden ser prevenibles y remediadas. Se entiende que dichas inequidades en salud tienen su origen en los procesos de estratificación social de la sociedad y están vinculadas directamente con la forma como se desarrollen las políticas públicas, la realidad social y sus relaciones de poder dentro de la sociedad. Las inequidades de salud para este evento, también se derivan de la asignación diferencial del poder y de la riqueza de acuerdo con las posiciones sociales(22). Por lo tanto, para el análisis de la VSH, se debe entender la

inequidad en salud que genera el concepto normativo y de injusticia social y, por tanto, es necesario monitorearlo con precisión midiendo aquellas diferencias observables entre grupos poblacionales, como un medio indirecto para evaluar la existencia de inequidades en salud.

- **Abordaje de derechos**

La garantía de derechos (vida, libertad, integridad y seguridad) incluyen el derecho a una adecuada atención integral, lo que implica garantizar a las personas como parte de sus derechos una adecuada accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios tanto en el sector salud como en otros sectores, que se traduce en el empoderamiento de la población respecto a la exigibilidad de la garantía de sus derechos. Además, busca el respeto, promoción y garantía de los derechos humanos de los diferentes grupos poblacionales, principalmente de aquellos que por razones históricas y culturales han sido discriminados y sufren mayor desigualdad. Por tanto, la eliminación de toda forma de inequidad es también un elemento fundamental del derecho humano; esto incluye involucrar estrategias para lograr la equidad y eliminar formas de discriminación por cualquier razón.

El abordaje de derechos en el análisis de la VSH, se sustenta de manera amplia en los elementos y principios del derecho fundamental a la salud consagrados en la Ley Estatutaria de la Salud de 2015(11), que refiere la garantía de:

- La existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud,
- La ética médica,
- La accesibilidad en condiciones de igualdad,
- La universalidad y la libre elección,
- La sostenibilidad, solidaridad y eficiencia,
- La protección del derecho fundamental a la salud de las personas,
- Los servicios de salud de manera continua,
- La oportunidad en la prestación de los servicios,
- La prevalencia de derechos,
- La reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud,

- La interculturalidad y el acceso y protección a las poblaciones vulnerables.

El Derecho a la Salud es un derecho fundamental para todas las personas y en especial a las víctimas de VSH. Por ello el acceso a sus servicios debe ser el que se requiera de acuerdo a sus necesidades, independiente del sexo, género y orientación sexual, y el sector salud debe estar preparado para atender las necesidades específicas en salud de todas las poblaciones sin discriminación alguna. Aspectos que se deben incorporar en las políticas, programas, proyectos, estrategias y acciones relacionadas con las violencias sexuales, buscando siempre el respeto, la promoción y la garantizar los derechos humanos, y en ningún momento, restringirlos o vulnerarlos.

- **Abordaje desde los determinantes sociales**

Para el abordaje de la VSH desde los determinantes sociales, es necesario tener en cuenta su definición. Los determinantes sociales son definidos por la Organización Mundial de la Salud(22), pág. 25. como:

“Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Circunstancias que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

Dicho abordaje busca explicar la relación de salud/enfermedad y salud/bienestar y calidad de vida. Se consideran los determinantes estructurales y los intermedios(20) o factores intermediarios. Los determinantes estructurales están relacionados con las condiciones de vida y trabajo y las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales(23). Los determinantes intermedios están relacionados por las influencias comunitarias, el soporte social y el acceso a los servicios sociales, entre ellos la salud que el Estado debe garantizar a los ciudadanos y ciudadanas. Los intermediarios también hacen referencia a aquellos factores individuales y las preferencias en los estilos de vida, esta última, es muy importante para el ser humano porque está condicionada por los contextos sociales donde viven, moldean y restringen las prácticas relacionadas con la salud.

El marco conceptual de los determinantes sociales permite explicar la violencia sexual en hombres al incluir determinantes como:

- Las preferencias en estilos de vida, que conllevan a la no reconocimiento del tema, por los prejuicios que existen ante la situación del hombre en sus contextos sociales,
- Las condiciones en la prestación de servicios sociales, de acuerdo a las necesidades del hombre, para el restablecimiento de los derechos de las víctimas, las cuales presentan barreras de acceso fundamentadas en los estereotipos de los funcionarios y funcionarias frente a lo que es una violencia sexual en mujeres y otra en hombres, y la percepción que se tenga del hombre como víctima y como agresor.
- Las condiciones de vida y de trabajo que generan riesgos específicos, como por ejemplo, en zonas de conflicto donde no hay presencia del Estado y los grupos armados utilizan la VSH como una forma de control de la población, entre otros.

El modelo de determinantes sociales busca incidir sobre la forma en que la sociedad genera riqueza y poder, en la que se incluyen las normas en torno a los hombres y la forma en la que se estratifica la sociedad desde un componente social, económico y político, generando mayor desigualdad entre la población. Los gobiernos deben estar en la capacidad de identificar la situación diferencial de los grupos sociales en relación a la exposición al riesgo y la vulnerabilidad que se acumula en el curso de vida para poder identificar las consecuencias sociales en la salud. Para intervenir los determinantes sociales en la VSH se requiere identificar las diferencias, formas de exposición, vulnerabilidad y consecuencias de los grupos sociales para poder incidir en su situación(24).

- **Abordaje desde la construcción analítica**

La construcción analítica de la Violencia Sexual contra los Hombres, debe integrar la forma de analizar la problemática bajo las perspectivas de los determinantes sociales de salud (DSS), pretendiendo entender la problemática dentro de las condiciones sociales, según Tarlov(25), en las cuales viven y trabajan los hombres. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud(26).

Es así como el desarrollo de modelos analíticos brindan diferentes miradas y permiten construir escenarios que posibiliten influir desde espacios de pensamiento, no condicionados por las estructuras programáticas institucionales. Se estructuran como abordajes autónomos, independientes, pluralistas, con capacidad crítica, que contribuyan a alcanzar una mayor racionalidad en los debates sobre el tema social de la VSH. El modelo analítico permite concentrar una mirada completa de la problemática social, mediante el análisis de sus características, frecuencia, distribución y sus principales determinantes, reflejados en preguntas claves que influyen o determinan las condiciones de una población y de las posibilidades viables de transformación. Se intenta comprender cómo las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia de la VSH en la población(27), teniendo en cuenta los aspectos relacionados con los determinantes sociales y de la equidad en salud.

En consecuencia el abordaje analítico se basa en la inclusión de aspectos metodológicos que permitan procesar y medir el fenómeno de la VSH y conocer la realidad social como problema de salud pública.

5. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES DESDE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EXISTENTES.

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LOS HOMBRES

La descripción metodológica incluye los siguientes aspectos:

- **Caracterización de la violencia sexual contra los hombres desde las fuentes de información existentes.**

La caracterización de la VSH utiliza la información de fuentes secundarias disponibles y su análisis se realiza con los contenidos de datos disponibles. Actualmente existen diversas fuentes de información las cuales se han construido a partir de la necesidad institucional de responder a preguntas estratégicas que den respuesta de su propia gestión y no a un modelo estandarizado de datos desde la generación, transferencia y visualización de los resultados sobre la VSH. Dichas fuentes se analizan en la caracterización con el fin de conocer su representatividad, su oportunidad y la calidad del evento de VSH.

De igual forma, se reconoce que las fuentes de información institucional no son el único instrumento con el cual se pueda analizar la VSH, y que dependiendo de las necesidades de la investigación, desde los abordajes de salud pública y determinantes sociales, es fundamental tener en cuenta que las bases de datos institucionales solo reflejan la mirada general del evento y que para realizar un análisis a profundidad se requiere utilizar otras estrategias de investigación como: encuestas, observatorios, estudios a profundidad o investigación con centinelas.

- **Formulación de la pregunta orientadora de la caracterización.**

La pregunta orientadora busca tener una respuesta al problema de la VSH, que permita tener un camino racional y ordenado de las situaciones dadas. La pregunta orientadora sugiere el camino que se ha de seguir en la investigación y orienta la metodología en el diseño y ejecución del estudio de la VSH. Para el efecto, se elaboran un conjunto de preguntas y sub-preguntas básicas, cuya formulación se fueron revisando, validando, ajustando y complementando en el desarrollo de la caracterización. La

pregunta orientadora y las sub-preguntas buscan responder a la situación problemática.

La pregunta es la siguiente: **¿Cuáles son las características de la Violencia Sexual en Hombres – VSH, de acuerdo con las bases de datos existentes en las instituciones?**

Las sub-preguntas que se abordan en la investigación están dirigidas a los siguientes aspectos:

- Con respecto a las características de la Violencia Sexual en Hombres – VSH:
 - ¿Ha aumentado el número de hombres víctimas de VSH en el país de acuerdo a los registros realizados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses quien han reportado información desde 1999?
 - ¿La VSH está relacionada con la violencia en el ámbito de lo privado o el ámbito público, teniendo en cuenta el grado de familiaridad con el agresor y el lugar donde ocurre la violencia?.
 - ¿ Es diferente el comportamiento de la VSH en cada uno de estos ámbitos de acuerdo a la edad, por ejemplo, en el ámbito privado ocurre más en niños y en el ámbito público más en los adultos?. ¿Cuál es el comportamiento de la VSH en el marco del conflicto armado en Colombia?. ¿Cuál es el comportamiento de las prácticas de violencia sexual en hombres por parte de los grupos armados?
 - ¿Cuáles son las consecuencias específicas de la violencia sexual en hombres en la salud física, mental y psicosocial, por ejemplo, diagnósticos en enfermedades de transmisión sexual, o problemas relacionados con su identidad de género y/o orientación sexual o la presencia de enfermedades crónicas y de salud mental ?.¿Lo observado es indicador de mayor incidencia de casos de VSH, o es un aumento de los hombres que demandan la atención de salud porque se identifican como víctimas de violencia sexual?

- ¿Cuáles son los determinantes sociales que están relacionados con la violencia sexual en hombres para que ocurra y/o no se identifique en la población?. ¿Son los determinantes culturales, formas de vida, practicas e imaginarios los que permiten que no se identifique tan fácilmente la problemática?
- ¿Existe relación entre las características socio demográficas (sexo, área de residencia, grupos de edad y tipo de afiliación) y condiciones socioeconómicas (ingreso, ocupación) con la VSH en Colombia?. ¿La VSH está afectando cada vez más a población joven? cuál es la tendencia en los últimos años por grupos etarios?. ¿Existen diferencias significativas en la VSH entre las ciudades principales?.
- ¿Existen asociaciones de variables como la ubicación geográfica, tipo de afiliación y nivel de escolaridad que puedan determinar las barreras de acceso en la prestación de servicios de salud de la VSH en Colombia?. ¿Qué relación existe entre la VSH y las dinámicas de la demanda de atención en salud?.¿Qué porcentaje de los hombres recibe atención?.¿Cuánta de la población de los hombres que se siente violentada sexualmente consulta?. ¿Cuánta de la población de los hombres que se siente violentada sexualmente solicita servicios de salud y es atendida?).

- **Categorías de análisis.**

Las categorías de análisis están enfocadas a responder las preguntas orientadoras que se expresan en preguntas y sub-preguntas. Las categorías son:

- Manifestaciones de la VSH.
- Determinantes de la VSH, en sus diferentes tipos y niveles.
- Efectos de la VSH en la demanda de servicios institucionales.
- Respuesta institucional, comunitaria y social a la VSH.

- Las situaciones que permiten identificar las condiciones de la equidad en salud.

- **Tipo de estudio.**

Estudio cuantitativo, analítico y retrospectivo.

- **Universo de estudio.**

Total de hombres clasificados en un evento de salud pública relacionada con la violencia sexual. El Universo lo constituye el total de registros de violencia sexual en hombres. La muestra fue no probabilística por conveniencia, porque se analizaron las bases de datos de las fuentes de información identificadas previamente y a las que se tuvo acceso.

- **Ámbito del estudio.**

La investigación se realiza para todos los departamentos del país y en las seis (6) ciudades principales (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena y Medellín), las cuales presentan el mayor número de casos de VSH. Se consideran las ciudades principales porque éstas representan la mayor representatividad de los datos de la VSH reduciendo los efectos que tienen sobre el análisis los datos atípicos, extremos o valores perdidos en las fuentes de información.

- **Sujetos de estudio.**

El estudio de la caracterización se aborda el evento de salud pública relacionada con la VSH, desde dos aspectos: el total de casos del evento de VSH y el detalle en un segmento de la población dirigido a todos los hombres en edades de 15 a 59 años.

Teniendo en cuenta que a partir del año 2012 el Instituto Nacional de Salud incorporó en su Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, el evento de “violencias de género” y que las bases de datos cuentan con información completa del período 2012 a 2014, es el período que cuenta con información comparable en las bases de datos institucionales y se cuenta con el universo de registros de violencia sexual en hombres entre el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y

Ciencias Forenses-SIVELCE, el Sistema de Información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y la información de Víctimas del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.

- **Criterios de inclusión en el estudio.**

Total de hombres que corresponden a los casos registrados del evento VSH. Se utiliza la información de fuentes secundarias disponibles en las bases de datos de prestaciones de salud y de atención de casos (Registro Único Nacional de Víctimas, Registro de muertes violentas, Registro Individual de Prestaciones de Salud y el Registro de casos de Violencias de género), los cuales permiten estructurar los niveles de información relacionadas con las poblaciones vulnerables y que son la base de la caracterización.

Mediante la interrelación de la información de los determinantes estructurales y los determinantes intermediarios de la violencia sexual en hombres, se pueden evidenciar las tendencias relacionadas con las manifestaciones de la problemática, las causas, entre las que están: las etiológicas, las generadas por factores relacionados y las correspondientes a las determinaciones sociales de la problemática de la violencia, los efectos de la problemática en la demanda de servicios de salud y en lo posible la respuesta institucional. De esta forma, se pueden establecer líneas de análisis de información continua y permanente sobre la información disponible en el sector salud y en otras instituciones relacionadas.

En la caracterización se analizan las fuentes de información que permitan identificar la violencia sexual en hombres. El análisis se realiza sobre los casos presentados en los hombres, describiendo el contexto general de la violencia sexual como un todo y luego particularizando en la VSH.

- **Sesgos.**

Se consideran los siguientes sesgos estructurales:

- Del instrumento de medición, debido a los cambios de los instrumentos de captura de información de los sistemas de información, especialmente en el SIVIGILA.
- De información, debido a que los registros existentes incluyen diferentes definiciones operativas de caso, que corresponden a las definiciones de cada una de las instituciones y de sus instrumentos, esta situación puede afectar el registro o en su defecto facilitar una mala clasificación de caso.

- **Bases de datos.**

Los datos para la caracterización se obtienen de las bases de datos institucionales, así:

- Base de datos del Registro Único Nacional de Víctimas – Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- Base de datos de casos de Violencias de género del SIVIGILA – Instituto Nacional de Salud. (Consolidado de casos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión definidos en el estudio).
- Base de datos de lesiones de causa externa - Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Base de datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS del Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS de consulta, hospitalización y urgencias.
- Base de datos de Población en Colombia – Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

La base de datos más completa y más representativa de los casos, según se identificó en el análisis de fuentes de información, es la del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, para los años analizados de 2012 al 2014. Dicha base de datos incluye las variables que reflejan las características socio demográficas de la violencia sexual en hombres, así como la mayor cobertura de datos del evento, esto se debe a que el sistema cuenta con 2.990 instituciones notificadoras en todo el país, que

todos los casos detectados en el sistema de vigilancia en salud pública no son configurados como víctimas, ni a todos se les realiza la atención médico forense.

- **Plan de trabajo.**

El plan de trabajo considera los siguientes aspectos:

- En la fase preparatoria, se realizó la revisión bibliográfica sobre los estudios e investigaciones relacionados con la temática. Así como, la obtención de las bases de datos con los subconjuntos de datos relacionados con violencia sexual en hombres. La fase preparatoria se desarrolló de acuerdo con las siguientes actividades:
 - Realización de fichas bibliográficas de la documentación,
 - Identificación de las fuentes de datos relacionadas con cada una de las preguntas orientadoras.
- En la fase de preparación se elaboró el proyecto de investigación, con las siguientes actividades:
 - Solicitud de bases de datos a las instituciones,
 - Análisis de las fuentes de datos,
 - Construcción del modelo teórico del proyecto,
 - Procesamiento preliminar de las bases de datos donde se busca identificar la representatividad de los datos,
 - Concertación de la propuesta con asesor,
 - Elaboración de documento de resultados.
- En la fase de procesamiento de datos se consolidó la información en una base de datos en el programa Excel 2007®, para su posterior análisis en un programa estadístico - Estata versión 13. La fase de procesamiento incluyó las siguientes actividades:
 - Obtención de archivos de las bases de datos,
 - Compatibilización y homologación de las bases de datos,
 - Procesamiento de datos y obtención de cuadros de análisis,
 - Generación de resultados y cuadros estadísticos,
 - Presentación de resultados al asesor.

- En la fase de análisis estadístico, se realizó un manejo bivariado de cada evento de VSH para cada uno de los departamentos de Colombia y luego para cada una de las seis principales ciudades seleccionadas, donde se hace la descripción de las principales variables socio demográficas de acuerdo a su naturaleza en términos de: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión para las que apliquen.

Se realiza un análisis de la violencia sexual en hombres, entre el año 2012 al 2014, de acuerdo con: 1) las variables de persona: edad, escolaridad y régimen de seguridad de la víctima y su relación con el agresor y 2) las variables de lugar: departamento y ciudad principales. Luego se compara el comportamiento del evento con algunos generadores de determinantes sociales como la escolaridad, la ocupación y el ingreso determinado a través de las necesidades básicas insatisfechas. Con el fin de conocer la distribución general de los datos, se realizó un análisis bivariado para identificar datos atípicos, extremos o valores perdidos e identificar diferencias entre departamentos y ciudades, a través medidas absolutas y relativas, principalmente con diferencias de tasas y proporciones. Este análisis permitió conocer las diferencias entre grupos y categorías de variables(28).

Para la incorporación del contexto social en la investigación(29) y el entendimiento de los fenómenos de la violencia sexual en hombres, se identificaron varios aspectos como: las relaciones de las características de las personas, los lugares donde viven, en donde se presenta el mayor número de eventos de VSH, cuales departamentos y ciudades principales tienen más probabilidades de ser lugares donde ocurren con mayor frecuencia los eventos de VSH o se perpetúa en mayor grado la VSH.

Con base en estos análisis se obtienen los siguientes indicadores:

- o Tasa general y específicas, por grupos de edad, en departamentos y ciudades principales.
- o Diferencias en tasas entre departamentos y ciudades.

- En la fase documentación y cierre, se elaboró toda la documentación relacionada con la investigación. Finalmente los resultados del proyecto de investigación fueron presentados a los referentes institucionales tanto del Ministerio de Salud y Protección Social como a la Universidad Santo Tomas de Bogotá.

- **Aspectos éticos.**

El abordaje de la VSH se acoge a los principios rectores de acuerdo con los términos de la Ley 1581 de 2012(30), por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de los datos personales. Así mismo, se garantiza la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de los datos, los cuales son obtenidos desde fuentes secundarias, utilizados de forma anonimizada durante su tratamiento. Se acogen los aspectos contemplados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud(31) y las normas nacionales vigentes sobre el tema, puesto que no tiene ningún tipo de intervención en humanos ni maneja biológicos. Todos los datos son manejados sobre fuentes secundarias y se contemplan los siguientes principios éticos: veracidad, reciprocidad, fidelidad, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La obtención y el uso de los registros de datos se realiza sobre fuentes secundarias de manera anonimizada, para los datos del Registro Único de Víctimas, para los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y para los datos suministrados por el Sistema Integral de Información de la Protección Social de Colombia, de los años 2012 al 2014. De acuerdo a los requerimientos del Comité de Ética Institucional de la Universidad Santo Tomas, se cuenta con los acuerdos de uso confidencial de la información, así:

- Consentimiento Institucional para el uso de Bases de Datos u otros, donde se consiente el uso de la información oral y de archivo que se ha compartido con los investigadores del proyecto con fines exclusivos de investigación científica. Para ello, el investigador asegura la confidencialidad de los datos de la organización y de los archivos que sean consultados.
- Acuerdo de confidencialidad para el uso de la información, obtenida a través de Bases de Datos u otros medios, donde el investigador se

compromete a mantener la confidencialidad de la información entregada y a cumplir las leyes de Habeas Data, Ley 1095 de 2006 y demás normas vigentes, y las relacionadas por la institución que brinda la Información.

5.2. CARACTERIZACION DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO⁶, SEGÚN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA - SIVIGILA.

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia registró durante los tres años un total de 167.882 casos de género.

- En el año 2012 se presentan 62.256 casos,
- En el año 2013 se presentan 42.808 casos,
- En el año 2014 se presentan 61.818 casos.

La diferencia de casos en el 2013 se debe a que para este año el Instituto Nacional de Salud no integró los casos reportados por Bogotá y Cundinamarca, por contar con un sistema de vigilancia en salud pública diferente. Las violencias de género que más se registraron en los tres años, tanto hombres como mujeres, fueron: la física con un promedio (porcentual) de 47,1%, la violencia sexual con un 21.9%, la privación y negligencia con un 18,3% y la violencia psicológica con un 12,4%. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los casos de violencias género, Colombia 2012 – 2014.

Modalidades de violencia	2012		2013		2014	
	No.	%	No.	%	No.	%
Física	25.014	39,5	22.070	51,6	31.134	50,4
Sexual	9.941	15,7	10.377	24,2	16.098	26,0
Privación y negligencia	16.697	26,4	5.886	13,7	9.299	15,0
Psicológica	11.604	18,3	4.448	10,4	5.269	8,5
Sin clasificación	0,0	0	27	0,06	18,0	0,03
Total	63.256	100	42.808	100	61.818	100

Fuente: Informes de evento – Instituto Nacional de salud, procesado por el investigador.

Específicamente sobre el evento de violencia sexual, se puede observar que el comportamiento de la violencia en hombres y mujeres durante los tres años se ha incrementado y cada año se registraron más casos. Para el año 2012 se registraron 9.941 casos, en el 2013 se reportaron 10.377 y para el año 2014 un total de 16.098 casos (Ver Tabla 1).

Al realizar el análisis por sexo, se pueden observar que durante los años 2012 al 2014, el mayor número de casos de violencias de género se registraron en mujeres, siendo esta población con mayor riesgo, la razón entre hombres y mujeres es de 3:1, la tasa fue de 145,2 a 200,8 por cada 100.000 mujeres.

⁶El Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencia Contra la mujer, Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual, desde el año 2014 fue modificado en su nombre y comenzó a llamarse Sistema de Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género.

En los hombres, aunque registraron menor número de casos con una proporción del 20 al 27% de los casos, las tasas se registran entre 36,3 a 74,3 por 100.000 hombres (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los casos de violencias de género, según sexo y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.

Año	Hombres			Mujeres		
	No.	%	Tasa	No.	%	Tasa
2012	17.079	27	74,3	46.177	73	200,8
2013	8.403	19,6	36,3	34.405	80,4	145,2
2014	12.250	19,8	46,9	49.568	80,2	189,7

Fuente: Informes de evento – Instituto Nacional de Salud. Tasa por 100.000 (Hombres y Mujeres), procesado por el investigador.

- **Violencia sexual contra hombres– VSH.**

- Violencia sexual contra hombres en general:

En el análisis de la VSH por edad, se puede observar en la Tabla 3, que las edades que más registraron casos fueron entre los 0 a 14 años de edad, registrándose para los tres años el mayor número de casos para los menores entre 5 a 9 años, seguido de los menores entre 10 a 14 años y luego de 0 a 4 años. Las tasas específicas para estas edades durante los tres años se registraron entre 14.5 a 31,3 por 100.000 menores. Las otras edades, mayores de 15 años en adelante equivalen en promedio durante los 3 años el 15,1% del total de las violencias sexuales en esta población, (Ver Tabla 3).

Es decir, que para el año 2012 el total de hombres mayores de 15 años que se registraron por violencia sexual fueron 239 casos, para el año 2013 fueron 162 casos y para el año 2014 fueron 275 casos. En las edades en las que más se registraron los casos varían de año a año, para el 2012 las edades fueron entre 15 a 34 años con un total de 219 casos, en el año 2013 las edades en las que se registraron los casos fueron entre 15 a 29 años con total de 140 casos y por último, en el año 2014 el mayor número de casos se reportó en las edades de 15 a 44 años con un total 254 casos.

Los casos mayores de 60 años son muy bajos, solo puede observarse en el año 2014 un leve aumento de casos.

Como se evidencia en la Tabla 3, el mayor número de casos se identifican más en las edades tempranas entre los 0 a 14 años, notándose una reducción aproximada del 70% de los casos a partir de los 15 años.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de casos de VSH según grupos de edad y año del hecho, Colombia 2012 – 2013.

Grupos de edad	2012			2013			2014		
	No.	%	Tasa x 100.000 hombres	No.	%	Tasa x 100.000 hombres	No.	%	Tasa x 100.000 hombres
0 – 4	319	19,4	14,5	204	18,2	9,3	397	22,6	18,0
5 – 9	622	37,9	28,5	438	39,1	20,1	681	38,8	31,3
10 – 14	452	27,5	20,3	315	28,1	14,3	400	22,8	18,2
15 – 19	141	8,6	6,3	102	9,1	4,5	126	7,2	5,6
20 – 24	39	2,4	1,8	18	1,6	0,8	56	3,2	2,6
25 – 29	24	1,5	1,3	20	1,8	1,0	32	1,8	1,6
30 – 34	15	0,9	0,9	4	0,4	0,2	18	1,0	1,1
35 – 39	8	0,5	0,5	5	0,4	0,3	11	0,6	0,7
40 – 44	4	0,2	0,3	5	0,4	0,4	11	0,6	0,8
45 – 49	3	0,2	0,2	1	0,1	0,1	6	0,3	0,4
50 – 54	2	0,1	0,2	3	0,3	0,2	5	0,3	0,4
55 – 59	3	0,2	0,3	4	0,4	0,4	3	0,2	0,3
60 – 64	1	0,1	0,1	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
65 – 69	1	0,1	0,2	1	0,1	0,2	2	0,1	0,3
70 – 74	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	0,1	0,5
75 – 79	3	0,2	1,1	1	0,1	0,3	3	0,2	1,0
80 y mas	4	0,2	1,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Total	1.641	100,0	7,1	1.121	100,0	4,8	1.753	100,0	7,4

Fuente: Informes de evento – Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

El hecho que los datos institucionales reflejen una disminución de casos aproximadamente en un 70% a partir de los 15 años, supone que existen factores que están directamente asociados al reconocimiento de los eventos de VSH. Este es un aspecto que es el relevante y cuyo reconocimiento involucra, entre otros aspectos, los estereotipos de género que sugieren que los hombres no pueden ser víctimas, sólo perpetradores, por lo tanto, solo se conduce la acción de las políticas públicas dirigida a niños, niñas y a la población de mujeres, dejando por fuera de estas iniciativas a los hombres en edades tempranas y adultos jóvenes. Es de notar que existen otros aspectos condicionantes del evento y que la motivan directa o indirectamente, aspectos que requieren otros análisis más profundos y probablemente con otro tipo de fuentes de información, entre ellos: los condicionantes socioculturales, la integración y articulación institucional, la organización social de la familia y la comunidad.

Por lo tanto, durante el desarrollo de la caracterización se hará especial énfasis en este grupo poblacional. No si antes expresar que los análisis pueden ser realizados para todo el ciclo de vida de las personas.

- Violencia sexual en hombres de 15 a 59 años:

Del total de hombres reportados de violencia sexual entre 15 años a 59 años de edad, por el Sistema de Vigilancia de Salud Pública, se analizó el nivel educativo, seguridad social, agresor y el lugar de residencia por departamento y ciudades principales. Estas variables permitieron describir más a profundidad la población.

Encontrándose que el nivel educativo de la víctima, según lo describe la Tabla 4, donde se presentan el mayor número de casos es la secundaria, que los eventos presentan un aumento en los últimos años en el régimen subsidiado en el momento de la notificación, según lo describe la Tabla 5 y que su principal agresor fue un familiar, según lo describe la Tabla 6.

Al describir el nivel educativo de las víctimas, según la Tabla 4, se compara el año 2012 y 2013, se encontró que para los dos años, el 47,5% del año 2012 y el 48,7% del año 2013 eran de secundaria, seguido de primaria que para el año 2012 el porcentaje fue de 13,7% y para el año 2013 de 17,5%. Los otros nivel educativos cambiaron de acuerdo al año, para el año 2012 el tercer nivel educativo que más se registró después de secundaria y primaria fue posgrado (10,2%), técnica (5,2%) y universitaria (4%).

Para el año 2013, se registró el nivel universitario (9,1%), posgrado (6.1%) y técnica, analfabeta y sin escolaridad (entre 3.1 a 3.7%). Donde se evidencia que los niveles educativos más altos presentan un mayor número de casos, condicionado por una mayor capacidad de detección del evento o por un mayor nivel de acceso a los servicios de atención del Estado.

Para el año 2012 fue mucho más alto el número de registros sin información que fue del 19.4%, a diferencia del año 2013 que fue solo del 8,5%. Todos los porcentajes calculados de los dos años se encontraron dentro de los niveles de confianza de un 95%. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los casos de VSH entre 15 a 59 años de edad según nivel de escolaridad y año del hecho, Colombia 2012 – 2013.

Nivel de escolaridad	2012 n=248			2013 n=164		
	No.	%	IC 95%	No	%	IC 95%
Analfabeta	0	0,0	0	0	3,1	0,99 - 6,79
Sin escolaridad	0	0,0	0	6	3,6	0,48 - 6,8
Primaria	30	13,7	9,7 - 18,1	27	17,5	11,01 - 23,1
Secundaria	117	47,5	41,1 - 53,9	80	48,7	40,8 - 56,7
Técnica	13	5,2	2,2 - 8,2	6	3,7	0,48 - 6,8
Universitaria	10	4,0	1,3 - 6,6	15	9,1	4,4 - 13,8
Postgrado	24	10,2	3,1 - 14,0	10	6,1	2,1 - 10,1
Sin dato	45	19,4	14,2 - 24,4	18	8,5	3,9 - 13,1
Total	239	100		162	100	

Fuente: Informes de evento – Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

Este hallazgo demuestra el efecto que debe tener las políticas públicas en las población escolar y en la población de hombres jóvenes con nivel de escolaridad de secundaria, donde se presentan el mayor número de casos evidenciados. Se requiere un análisis con una mayor profundidad a nivel de tasas y revisión de la variable escolaridad de la víctima, realizando una comparación con las víctimas de violencia sexual en hombres en edades de 0 14 años, teniendo en cuenta que esta población también esta escolarizada o cursando primaria o que podría estar identificándose que las VSH que ocurren entre las edades de 15 a 24 años con escolaridad secundaria tienen menor acceso a educación superior (técnica o secundaria), lo que genera su representatividad.

Al observar la afiliación de las víctimas al Sistema de Seguridad Social, el tipo de seguridad social es un factor que determina las condiciones de acceso al plan de beneficios en salud de la población relacionada con el evento de VSH. En este caso la población del régimen subsidiado tiende a ser la población donde el evento más crece en los últimos años, aspecto que también puede entenderse por el crecimiento del régimen subsidiado en los últimos años haciendo más grande el evento.

Se evidencia la tendencia creciente de casos en el régimen subsidiado alcanzando en el año 2014 el 48% de casos en el régimen subsidiado, seguido del contributivo en un 42,5%, no afiliado (5,8%), y el especial (1,5%). Todos los porcentajes de los dos años se encontraron dentro de los niveles de confianza de un 95%. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencia de los casos de VSH en mayores de 15 a 59 años de edad, según afiliación al régimen de seguridad social en salud y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.

Seguridad Social	2012			2013			2014		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
Subsidiado	94	39,3	34,0 - 46,6	77	47,5	39,9 - 55,8	126	48	41,9 – 54,0
Contributivo	114	47,7	40,7 - 53,	55	34,0	26,2 - 41,3	116	42,5	36,5 – 48,5
No afiliado	26	10,9	6,5 - 14,5	21	13,0	7,9 - 19,1	16	5,8	2,8 – 8,7
Especial	4	1,7	0,44 - 4,07	5	3,1	1,03 - 7,0	4	1,5	0,39 – 3,6
Excepción	1	0,4	0,010 - 2,2	0	0,0	0	0	0	0
Sin información	0	0,0	0	4	2,5	0,67 - 6,2	6	2,2	0,27 – 4,0
Total	239	100		162	100		268	100	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

El análisis de la VSH requiere conocer las condiciones no solo del agredido sino del agresor, por ejemplo, es muy común que el agresor ante una explotación sexual de niños, niñas y adolescentes sea la madre o alguien conocido de la familia. Se aclara que el agresor puede estar relacionado con alguna de las formas de violencia sexual que se reportan (Abuso sexual, acoso sexual, pornografía sexual, explotación sexual niños, niñas y adolescentes, violación, trata de personas con fines de explotación sexual).

En los agresores de la VSH entre 15 a 59 años, se observa que hay diferencia en el reporte de cada uno de los años con respecto a los principales agresores, el SIVIGILA identifica agresores con algún grado de familiaridad, agresores no familiares y otros agresores. Para todos los años la información del agresor no fue diligenciada en su mayoría. Aunque se observa un ligero descenso del no diligenciamiento de la información del agresor, pasando del 80,3% en el 2012 al 68,7% en el 2014, dicha situación se presenta porque el dato se obtiene por auto reporte de la víctima y es ella quien decide dar o no la información. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de frecuencia de los casos de VSH en mayores de 15 a 59 años de edad, según el agresor y año del hecho, Colombia 2012 – 2014.

Agresor	2012		2013		2014	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin información	192	80,3	75	46,3	184	68,7
Conocido	1	0,4	54	33,3	40	14,9
Familiar	46	19,2	23	14,2	40	14,9
Desconocido (a)	0	0,0	10	6,2	4	1,5
Total	239	100	162	100	268	100

Fuente: Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

Para todos los años se evidencia que los principales agresores son los familiares y/o conocidos, lo cual refuerza la necesidad de orientar las políticas públicas a la familia y la comunidad sobre la VSH. Está relacionado

con la forma en la que se registra la violencia sexual, donde el agresor no utiliza la fuerza sino el poder, la confianza y la intimidación para acceder a la víctima y para ello se requiere ser conocido, familiar o cuidador de la víctima, por eso dentro de los principales agresores están: familiares en primer grado de consanguinidad, vecinos, amigos de casa, colegio o trabajo, profesores, entre otros,(32).

El análisis de la VSH por departamento y ciudades principales, permite conocer la magnitud del evento de acuerdo con el riesgo que este representa en las diferentes zonas del país. El comportamiento de las tasas por departamento varía de un año a otro, en el año 2012 Vichada reportó una tasa 1,5 por 100.000, con un solo caso. Para el año 2013 las mayores tasas se reportaron en Huila (1,7 por 100.000), Putumayo (1,78) y Antioquia 0,78. Y para el año 2014 Guainía reportó la tasa más alta de 2,4 por 100.000, Huila, Caldas y Antioquia reportaron una tasa 1,1 por 100,000 hombres. Por ciudad Bogotá registró en el 2012 el mayor número de casos (122) y la mayor tasa con 1,6 por 100.000 hombres, Medellín en el año 2013 fue de 1,03 por 100.000 hombres y en el 2014 reportó la tasa y 1,3 por 100.000 hombres. La tabla 7 evidencia la situación.

Tabla 7. Tasa por 100.000 habitantes de violencia sexual en hombres, según departamento y ciudades principales de ocurrencia, Colombia 2012 – 2014.

Departamento	2012			2013			2014		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas	No.	No.	Tasas
Antioquia	44	17,7	0,7	49	30,2	0,78	67	25,0	1,1
Atlántico	1	0,4	0,0	5	3,1	0,21	12	4,5	0,5
Bogotá, D.C.	122	49,2	1,6	2	1,2	0,03	23	8,6	0,3
Bolívar	1	0,4	0,0	0	0,0	0,00	9	3,4	0,4
Boyacá	5	2,0	0,4	3	1,9	0,24	6	2,2	0,5
Caldas	2	0,8	0,2	5	3,1	0,51	11	4,1	1,1
Caquetá	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	2	0,7	0,4
Cauca	1	0,4	0,1	3	1,9	0,22	2	0,7	0,1
Cesar	3	1,2	0,3	2	1,2	0,20	3	1,1	0,3
Córdoba	3	1,2	0,2	1	0,6	0,06	2	0,7	0,1
Cundinamarca	6	2,4	0,2	8	4,9	0,31	7	2,6	0,3
Chocó	3	1,2	0,6	1	0,6	0,20	0	0,0	0,0
Huila	10	4,0	0,9	12	7,4	1,07	12	4,5	1,1
La Guajira	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	0	0,0	0,0
Magdalena	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	2	0,7	0,2
Meta	0	0,0	0,0	5	3,1	0,54	7	2,6	0,7
Nariño	1	0,4	0,1	6	3,7	0,35	10	3,7	0,6
Nte de Santander	1	0,4	0,1	0	0,0	0,00	6	2,2	0,4
Quindío	4	1,6	0,7	2	1,2	0,36	2	0,7	0,4
Risaralda	5	2,0	0,5	8	4,9	0,85	6	2,2	0,6
Santander	14	5,6	0,7	13	8,0	0,64	15	5,6	0,7
Sucre	2	0,8	0,2	4	2,5	0,48	5	1,9	0,6

Departamento	2012			2013			2014		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas	No.	No.	Tasas
Tolima	1	0,4	0,1	5	3,1	0,36	9	3,4	0,6
Valle del Cauca	7	2,8	0,2	21	13,0	0,46	40	14,9	0,9
Arauca	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	1	0,4	0,4
Casanare	0	0,0	0,0	1	0,6	0,29	2	0,7	0,6
Putumayo	2	0,8	0,6	6	3,7	1,78	3	1,1	0,9
Arch. San Andrés	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	0	0,0	0,0
Amazonas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	3	1,1	4,0
Guainía	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	1	0,4	2,4
Guaviare	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0,0	0,0	0	0,0	0,00	0	0,0	0,0
Vichada	1	0,4	1,5	0	0,0	0,00	0	0,0	0,0
Total Nacional	248	100,0	1,1	162	100	0,7	268	100,0	1,1
Ciudades principales									
Medellín	31	18,8	1,3	25	53,2	1,03	31	45,6	1,3
Barranquilla	1	0,6	0,1	3	6,4	0,2	1	1,5	0,1
Bogotá, D.C.	122	73,9	1,6	2	4,3	0,0	23	33,8	0,3
Cartagena	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	5	7,4	0,5
Bucaramanga	5	3,0	1,0	4	8,5	0,76	5	7,4	0,9
Cali	3	1,8	0,1	13	27,7	0,6	3	4,4	0,1

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

De acuerdo con los resultados evidenciados, la violencia sexual en hombres entre 15 a 59 años, durante los tres años, se encuentra que las mayores tasas se presentan en departamentos con densidades poblacionales diferentes, pero que comparten ser expulsores o receptores de población víctimas de violencia por conflicto armado, algunos de ellos tienen grandes sectores marginales y departamentos con menos servicios de atención. Las tasas más altas se reportan por Departamento en Antioquia, Caldas, Huila, Putumayo, Guaviare y Vichada. Por ciudad Medellín y Bogotá registraron las más altas.

5.3. CARACTERIZACION DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES SEGÚN DICTÁMENES SEXOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES - INMLyCF.

La información que se presenta es de los tres años anteriormente mencionados (2012 al 2014) y corresponde a los dictámenes sexológicos en hombres, identificados por el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El análisis se realiza con una descripción general de los dictámenes por delitos sexuales que se presentan para el total de casos de violencia sexual,

para luego hacer el análisis de los hombres entre 15 a 59 años de edad, utilizando las mismas variables de la fuente de información anterior como nivel de educación, agresor y lugar.

- Violencia sexual contra hombres en general:

De acuerdo a la información reportada, se puede observar que al igual que la información del Instituto Nacional de Salud, los dictámenes sexuales se reportan más en mujeres que en hombres con un 84,2% a diferencia de los hombres con un 15,8%, siendo el año 2014 en el que menor número de casos fueron reportados en hombres, como se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de frecuencia de los dictámenes de sexológicos según sexo y año de ocurrencia, Colombia 2012 – 2014.

Años	Hombres		Mujeres		Total
	No.	%	No.	%	
2012	3.406	15,8	18.100	84,2	21.506
2013	3.277	15,8	17.512	84,2	20.789
2014	3.149	14,9	17.966	85,1	21115

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida, procesado por el investigador.

En cuanto a la edad, se puede observar en la Tabla 9, el comportamiento es similar al reportado por el SIVIGILA, y las edades que más reportan casos son en menores y adolescentes. Se identifica que en las edades que más se reportan está entre los 5 a 14 años de edad, comportamiento observado en todos los años del estudio, sin embargo, al analizar la población mayor de 15 años es el grupo entre los 15 y 29 años de edad los que mayor proporción de casos de presunto delito sexual reportan.

Tabla 9. Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres, según edad, Colombia, 2012 – 2014.

Grupos de edad	2012			2013			2014		
	No.	%	Tasa	No	%	Tasa	No.	%	Tasa
0 - 4	596	17,5	27,2	586	18,2	26,6	553	17,6	25,1
05 – 09	1339	39,3	61,3	1228	38,1	56,3	1237	39,3	56,8
10 -14	964	28,3	43,3	934	28,9	42,3	871	27,7	39,7
15 – 19	305	9	13,5	298	9,2	13,3	285	9,1	12,8
20 - 24	72	2,1	3,4	63	2	2,9	86	2,7	3,9
25 – 29	34	1	1,8	51	1,6	2,7	41	1,3	2,1
30 – 34	36	1,1	2,2	24	0,7	1,4	25	0,8	1,5
35 – 39	19	0,6	1,3	7	0,2	0,5	15	0,5	1,0
40 – 44	10	0,3	0,7	9	0,3	0,7	8	0,3	0,6
45 -49	9	0,3	0,7	11	0,3	0,8	7	0,2	0,5
50 – 54	7	0,2	0,6	4	0,1	0,3	13	0,4	1,0
55 – 59	5	0,1	0,5	4	0,1	0,4	4	0,1	0,4

Grupos de edad	2012			2013			2014		
	No.	%	Tasa	No	%	Tasa	No.	%	Tasa
60 – 64	0	0	0	3	0,1	0,4	2	0,1	0,3
65 – 69	3	0,1	0,6	2	0,1	0,4	1	0,0	0,2
70 – 74	0	0	0	1	0	0,3	0	0,0	0,0
75 – 79	2	0,1	0,7	1	0	0,3	1	0,0	0,3
80 y mas	5	0,1	1,9	1	0	0,4	0	0,0	0,0
Total	3406	100	14,8	3227	100	13,9	3149	100	13,4

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida, procesado por el investigador.

- Violencia sexual en hombres de 15 a 59 años:

El análisis del nivel educativo de las violencias sexuales por dictámenes sexológicos en hombres entre 15 a 59 años, se observa que la mayoría de las víctimas se encuentran en secundaria con un porcentaje del 66,9% en el año 2012, para el año 2013 en un 39,2% y para el 2014 en un 64,9%, siendo este el nivel educativo más alto, seguido de primaria y sin ninguna educación. Otros niveles de educación como técnico, superior y sin información tuvieron un comportamiento diferente en los tres años, sin superar el 10%, al igual que en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, se registra primaria y secundaria como el principal nivel educativo de la víctima (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años, según nivel educativo, Colombia, 2012 – 2014.

Nivel educativo	2012			2013			2014		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
Ninguna	21	4,1	2,3 - 5,9	46	9,6	6,8 - 12,3	31	7,3	4,7 - 9,9
Primaria	63	12,4	9,5 - 15,4	124	25,9	21,9 - 29,9	83	19,6	15,6 - 23,5
Secundaria	339	66,9	62,9 - 71,0	188	39,2	34,8 - 43,7	275	64,9	60,1 - 69,5
Técnico	8	1,6	0,39-2,8	10	2,1	0,7 - 3,4	16	3,8	1,8 - 5,7
Superior	19	3,7	2,0 - 5,5	17	3,5	1,8 - 5,3	16	3,8	1,8 - 5,7
Sin información	57	11,2	8,4 - 14,0	94	19,6	15,9 - 23,3	3	0,7	0,1 - 2,1
Total	507	100		479	100		424	100	

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida, procesado por el investigador.

Si bien la clasificación del agresor en el SIVIGILA para el evento de violencias de género se agrupa en tres categorías (familiar, no familiar y otros grupos), el INMLyCF no lo tiene agrupado de esta manera y la información de los agresores se presenta en categorías detalladas. Para realizar el análisis en esta investigación el agresor se organizó por categorías generales, las cuales permiten un mejor análisis de la situación.

Es importante aclarar que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses identifica en mayor detalle el agresor a diferencia del SIVIGILA, teniendo en cuenta que esta institución en el proceso de restablecimiento de derechos se encarga de los procesos de denuncia con la Fiscalía, por tal razón, es más fácil que la víctima en esta institución si exponga la información real del evento.

Para los tres años, se pudo observar que el presunto agresor corresponde a la categoría de “conocido” donde se registraron más casos, entre un 44,4% al 50%. Para el año 2012 el segundo presunto agresor que más se registró fue “desconocido” con un 26,8%, seguido de un “familiar” con un 12,8%.

Para el año 2013 los datos “sin información” fueron del 27,6%, seguido del “familiar” (27,6%) y en el año 2014 los familiares (15,8%) y desconocidos (11,6%) se registraron como segundo y tercer presunto agresor. Los grupos armados legales e ilegales solo se registraron como agresores en los tres años con un porcentaje menor al 9%. Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de frecuencia de los casos de presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años, según agresor, Colombia, 2012 – 2014.

Presunto agresor	2012			2013			2014		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
Conocido	225	44,4	39,9 - 48,8	225	47	42,3 - 51,5	213	50,2	45,3 - 55,1
Desconocido	136	26,8	22,8 - 30,7	47	9,8	7,0 - 12,5	49	11,6	8,3 - 14,7
Familiar	65	12,8	9,8 - 15,8	66	13,8	10,5 - 16,9	68	16	12,4 - 19,6
Sin información	71	14	10,8 - 17,1	132	27,6	23,4 - 31,6	67	15,8	12,2 - 19,3
Grupo armado	10	2	0,6 - 3,2	9	1,9	0,55 - 3,19	27	6,4	3,9 - 8,8
Total	507	100		479	100		424	100	

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida, procesado por el investigador.

En cuanto a la tasa por 100.000 hombres por departamento y ciudades se encontró una diferencia entre los datos registrados por el INS y el INMLyCF. Para el año 2012 los departamentos con mayor tasa fueron: Amazonas (5,4), Meta (2,1), Arauca (2), Santander (1,8), Risaralda (1,6) y Cundinamarca (1,6). Para el año 2013 también se registraron Meta (2,6) y Cundinamarca (1,7), pero además se registraron Guaviare, Casanare y Quindío. Y para el año 2014 la tasa por 10.000 hombres se registró en Guaviare (3,7), Vichada (2,8), Amazonas (2,7) y Risaralda (1,8). Ver Tabla 12.

Tabla 12. Tasa por 100.000 habitantes de presunto delito sexual en hombres, según departamento y ciudades principales del hecho, Colombia, 2012 – 2014.

Departamento	2012		2013		2014	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Antioquia	59	0,9	51	0,8	40	0,6
Atlántico	17	0,7	19	0,8	28	1,2
Bogotá, D.C.	100	1,3	84	1,1	91	1,2
Bolívar ⁽¹⁾⁽³⁾	22	1,1	19	0,9	19	0,9
Boyacá	14	1,1	16	1,3	10	0,8
Caldas	10	1	9	0,9	7	0,7
Caquetá	1	0,2	7	1,5	4	0,8
Cauca ⁽¹⁾⁽³⁾	11	0,8	10	0,7	6	0,4
Cesar	7	0,7	4	0,4	10	1
Córdoba ⁽¹⁾⁽³⁾	6	0,4	5	0,3	4	0,2
Cundinamarca	41	1,6	43	1,7	29	1,1
Chocó ⁽²⁾	1	0,2	0	0	2	0,4
Huila	14	1,3	11	1	10	0,9
La Guajira	5	0,6	2	0,2	1	0,1
Magdalena	2	0,2	6	0,5	1	0,1
Meta	19	2,1	24	2,6	19	2
Nariño	6	0,4	8	0,5	7	0,4
Norte de Santander	11	0,8	9	0,7	7	0,5
Quindío	4	0,7	10	1,8	11	2
Risaralda	15	1,6	11	1,2	17	1,8
Santander	36	1,8	24	1,2	26	1,3
Sucre	7	0,8	11	1,3	9	1,1
Tolima	12	0,9	20	1,4	13	0,9
Valle del Cauca	40	0,9	37	0,8	38	0,8
Arauca	5	2	3	1,2	0	0
Casanare	4	1,2	6	1,7	2	0,6
Putumayo	3	0,9	0	0	4	1,2
Arch. de San Andrés	1	1,3	1	1,3	1	1,3
Amazonas	4	5,4	1	1,3	2	2,7
Guainía	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	2	1,9	4	3,7
Vaupés	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	2	2,8
Total Nacional	32	2,1	455	2	424	1,8
Medellín	11	1,3	26	1,1	22	0,9
Barranquilla	100	0,9	12	1	19	1,6
Bogotá, D.C.	9	1,3	84	1,1	91	1,2
Cartagena	13	0,9	13	1,3	12	1,2
Bucaramanga	24	2,5	9	1,7	12	2,3
Cali	32	1	22	0,9	20	0,9

Fuente: Centro de Referencia Nacional sobre violencias – Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, procesado por el investigador.

Con base en los análisis se puede evidenciar que las violencias sexuales identificadas por delitos sexuales en hombres entre los 15 a 59 años de edad por el INMLyCF, se registraron en estos tres años el mayor número de casos entre 15 a 39 años de edad para un total de 1.323 casos, 732 casos más que

los reportados por el INS. Al igual que este sistema de información, las víctimas registraron niveles educativos como primaria y secundaria y se registraron en departamentos como Amazonas, Arauca, Cundinamarca, Putumayo y Vichada. Es importante anotar que entre los dos sistemas de información existen diferencias en el número de casos, primero porque el sistema de información del INS registra casos detectados a través de las instituciones de salud y segundo el sistema de información del INML registra dictámenes forenses, datos que se obtienen en momentos diferentes.

5.4. COMPARACIÓN DE LA VSH ENTRE EL INS Y EL INMLCF.

La comparación de las distribuciones de frecuencias y tasas, para cada uno de los años por departamento y ciudad de los dos sistemas de información institucionales (INMLyCF e INS), se puede observar que la frecuencia de los datos en las dos fuentes presentan diferencias y el comportamiento del evento solo en algunos casos muy específicos es similar entre las fuentes y el lugar. Al hacer el análisis en las tasas se encuentran muchas más diferencias y las tasas difieren entre años, fuentes y lugar. Para el año 2012, se observó que Bogotá, Medellín y Vichada presentaron las tasas de VSH entre 15 a 59 años similares a las tasas nacionales. Amazonas y Bucaramanga presentan tasas de delito sexual en hombres, mayores a las nacionales. Bogotá y Antioquia tienen mayor proporción de delitos sexuales y violencias sexuales, como lo muestra la Tabla 13.

Tabla 13. Comparación entre tasas del SIVIGILA y el sistema de información del INMLyCF por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años de edad, Colombia, 2012.

Departamento	2012					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Antioquia	44	17,7	0,7	59	12,3	0,9
Atlántico	1	0,4	0,0	17	3,6	0,7
Bogotá, D.C.	122	49,2	1,6	100	20,9	1,3
Bolívar	1	0,4	0,0	22	4,6	1,1
Boyacá	5	2,0	0,4	14	2,9	1,1
Caldas	2	0,8	0,2	10	2,1	1
Caquetá	0	0,0	0,0	1	0,2	0,2
Cauca	1	0,4	0,1	11	2,3	0,8
Cesar	3	1,2	0,3	7	1,5	0,7
Córdoba	3	1,2	0,2	6	1,3	0,4
Cundinamarca	6	2,4	0,2	41	8,6	1,6
Chocó	3	1,2	0,6	1	0,2	0,2
Huila	10	4,0	0,9	14	2,9	1,3
La Guajira	0	0,0	0,0	5	1,0	0,6
Magdalena	0	0,0	0,0	2	0,4	0,2

Departamento	2012					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Meta	0	0,0	0,0	19	4,0	2,1
Nariño	1	0,4	0,1	6	1,3	0,4
Norte de Santander	1	0,4	0,1	11	2,3	0,8
Quindío	4	1,6	0,7	4	0,8	0,7
Risaralda	5	2,0	0,5	15	3,1	1,6
Santander	14	5,6	0,7	36	7,5	1,8
Sucre	2	0,8	0,2	7	1,5	0,8
Tolima	1	0,4	0,1	12	2,5	0,9
Valle del Cauca	7	2,8	0,2	40	8,4	0,9
Arauca	0	0,0	0,0	5	1,0	2
Casanare	0	0,0	0,0	4	0,8	1,2
Putumayo	2	0,8	0,6	3	0,6	0,9
Arch. de San Andrés	0	0,0	0,0	1	0,2	1,3
Amazonas	0	0,0	0,0	4	0,8	5,4
Guainía	0	0,0	0,0	0	0,0	0
Guaviare	0	0,0	0,0	0	0,0	0
Vaupés	0	0,0	0,0	0	0,0	0
Vichada	1	0,4	1,5	0	0,0	0
Total Nacional	248	100,0	1,1	478	100,0	2,1
Ciudades principales						
Medellín	31	18,8	1,3	32	16,9	1,3
Barranquilla	1	0,6	0,1	11	5,8	0,9
Bogotá, D.C.	122	73,9	1,6	100	52,9	1,3
Cartagena	0	0,0	0,0	9	4,8	0,9
Bucaramanga	5	3,0	1,0	13	6,9	2,5
Cali	3	1,8	0,1	24	12,7	1

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida - Instituto Nacional de salud, procesado por el investigador.

En el año 2013, los departamentos de Antioquia, Huila, Risaralda y Putumayo presentaron las tasas de VSH mayores a las del país, al igual que las ciudades de Medellín y Bucaramanga. Al analizar el comportamiento de los presuntos delitos sexuales, fue el Departamento del Meta quien presentó mayor tasa con respecto a la nacional, como lo muestra la tabla 14.

Tabla 14. Distribución de frecuencia y tasa por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres entre 15 a 59 años de edad, Colombia, 2013.

Departamento	2013					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Antioquia	50	30,7	0,8	51	11,2	0,8
Atlántico	5	3,1	0,2	19	4,2	0,8
Bogotá, D.C.	2	1,2	0	84	18,5	1,1
Bolívar	0	0,0	0	19	4,2	0,9
Boyacá	3	1,8	0,2	16	3,5	1,3
Caldas	5	3,1	0,5	9	2,0	0,9
Caquetá	0	0,0	0	7	1,5	1,5
Cauca	3	1,8	0,2	10	2,2	0,7
Cesar	2	1,2	0,2	4	0,9	0,4

Departamento	2013					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Córdoba	1	0,6	0,1	5	1,1	0,3
Cundinamarca	8	4,9	0,3	43	9,5	1,7
Chocó	1	0,6	0,2	0	0,0	0
Huila	12	7,4	1,1	11	2,4	1
La Guajira	0	0,0	0	2	0,4	0,2
Magdalena	0	0,0	0	6	1,3	0,5
Meta	5	3,1	0,5	24	5,3	2,6
Nariño	6	3,7	0,4	8	1,8	0,5
Norte de Santander	0	0,0	0	9	2,0	0,7
Quindío	2	1,2	0,4	10	2,2	1,8
Risaralda	8	4,9	0,8	11	2,4	1,2
Santander	13	8,0	0,6	24	5,3	1,2
Sucre	4	2,5	0,5	11	2,4	1,3
Tolima	5	3,1	0,4	20	4,4	1,4
Valle del Cauca	21	12,9	0,5	37	8,1	0,8
Arauca	0	0,0	0	3	0,7	1,2
Casanare	1	0,6	0,3	6	1,3	1,7
Putumayo	6	3,7	1,8	0	0,0	0
Arch. San Andrés	0	0,0	0	1	0,2	1,3
Amazonas	0	0,0	0	1	0,2	1,3
Guainía	0	0,0	0	0	0,0	0
Guaviare	0	0,0	0	2	0,4	1,9
Vaupés	0	0,0	0	0	0,0	0
Vichada	0	0,0	0	0	0,0	0
Total Nacional	163	100,0	0,7	455	100	2
Ciudades principales						
Medellín	25	53,2	1,03	26	15,7	1,1
Barranquilla	3	6,4	0,2	12	7,2	1
Bogotá, D.C.	2	4,3	0,0	84	50,6	1,1
Cartagena	0	0,0	0,0	13	7,8	1,3
Bucaramanga	4	8,5	0,76	9	5,4	1,7
Cali	13	27,7	0,6	22	13,3	0,9

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida - Instituto Nacional de salud, procesado por el investigador.

Para el año 2014, los departamentos de Antioquia, Huila, Risaralda, Putumayo y las ciudades de Medellín y Bucaramanga presentaron tasas de VSH, igual al comportamiento observado en el año 2013, comportamiento que se muestra en la Tabla 15.

Tabla 15. Distribución de frecuencia y tasa por 100.000 hombres víctimas de violencia sexual y presunto delito sexual en hombres mayores de 15 años de edad, Colombia, 2014.

Departamento	2014					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Antioquia	67	25,0	1,1	40	9,4	0,6
Atlántico	12	4,5	0,5	28	6,6	1,2
Bogotá, D.C.	23	8,6	0,3	91	21,5	1,2

Departamento	2014					
	SIVIGILA			INMLyCF		
	No.	%	Tasas	No.	%	Tasas
Bolívar	9	3,4	0,4	19	4,5	0,9
Boyacá	6	2,2	0,5	10	2,4	0,8
Caldas	11	4,1	1,1	7	1,7	0,7
Caquetá	2	0,7	0,4	4	0,9	0,8
Cauca	2	0,7	0,1	6	1,4	0,4
Cesar	3	1,1	0,3	10	2,4	1
Córdoba	2	0,7	0,1	4	0,9	0,2
Cundinamarca	7	2,6	0,3	29	6,8	1,1
Chocó	0	0,0	0,0	2	0,5	0,4
Huila	12	4,5	1,1	10	2,4	0,9
La Guajira	0	0,0	0,0	1	0,2	0,1
Magdalena	2	0,7	0,2	1	0,2	0,1
Meta	7	2,6	0,7	19	4,5	2
Nariño	10	3,7	0,6	7	1,7	0,4
Norte de Santander	6	2,2	0,4	7	1,7	0,5
Quindío	2	0,7	0,4	11	2,6	2
Risaralda	6	2,2	0,6	17	4,0	1,8
Santander	15	5,6	0,7	26	6,1	1,3
Sucre	5	1,9	0,6	9	2,1	1,1
Tolima	9	3,4	0,6	13	3,1	0,9
Valle del Cauca	40	14,9	0,9	38	9,0	0,8
Arauca	1	0,4	0,4	0	0,0	0
Casanare	2	0,7	0,6	2	0,5	0,6
Putumayo	3	1,1	0,9	4	0,9	1,2
Arch. de San Andrés	0	0,0	0,0	1	0,2	1,3
Amazonas	3	1,1	4,0	2	0,5	2,7
Guainía	1	0,4	2,4	0	0,0	0
Guaviare	0	0,0	0,0	4	0,9	3,7
Vaupés	0	0,0	0,0	0	0,0	0
Vichada	0	0,0	0,0	2	0,5	2,8
Total Nacional	268	100,0	1,1	424	100,0	1,8
Ciudades principales						
Medellín	31	45,6	1,3	22	12,5	0,9
Barranquilla	1	1,5	0,1	19	10,8	1,6
Bogotá, D.C.	23	33,8	0,3	91	51,7	1,2
Cartagena	5	7,4	0,5	12	6,8	1,2
Bucaramanga	5	7,4	0,9	12	6,8	2,3
Cali	3	4,4	0,1	20	11,4	0,9

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Forensis: datos para la vida - Instituto Nacional de salud, procesado por el investigador.

5.5. ANÁLISIS DE PATRONES DE INEQUIDADES RELATIVAS Y ABSOLUTAS DE LA VSH.

Para el análisis de los patrones de inequidades relativas o absolutas en la VSH, se tuvieron en cuenta principalmente las variables relacionadas con la

edad, el área de residencia, nivel de escolaridad y el tipo de afiliación en salud. Se analizan las diferencias absolutas (diferencia de tasas) y diferencias relativas (cocientes de tasas). El uso y resultado de la aplicación de estas medidas dependió de la naturaleza de las variables, como: el sexo, grupos de edad, áreas de residencia y régimen de seguridad social el nivel educativo. Bajo este método se comparan los subgrupos para cada departamento y el departamento con respecto a cada grupo del total nacional para comparar la magnitud de la desigualdad.

Los patrones de inequidades relativas mediante la razón de tasas de violencia sexual en hombres se tuvo en cuenta como referencia la tasa nacional de violencia sexual. Se observa, que el grupo de edad de 15 a 19 y 20 a 24 años, tienen tasas de 1 a 4 veces más alta que las tasas de violencias nacional, igual comportamiento se observó al analizar los años 2013 y 2014, en estos dos últimos años, el grupo de 25 a 29 años también presentó tasas superiores a las del nivel nacional, para el resto grupos de edades las tasas son inferiores a la observada del país, como lo describe la Tabla 16.

Tabla 16. Tasas y diferencias de tasas de violencia sexual en hombres según grupos de edad, Colombia

Grupos de edad	2012		2013		2014	
	Tasa x 100.000 hombres	Razón de tasas	Tasa x 100.000 hombres	Razón de tasas	Tasa x 100.000 hombres	Razón de tasas
15 – 19	6,3	4,2	4,5	6,5	5,6	3,5
20 – 24	1,8	1,2	0,8	1,2	2,6	1,6
25 – 29	1,3	0,9	1,0	1,5	1,6	1,0
30 – 34	0,9	0,6	0,2	0,3	1,1	0,7
35 – 39	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5
40 – 44	0,3	0,2	0,4	0,5	0,8	0,5
45 – 49	0,2	0,1	0,1	0,1	0,4	0,3
50 – 54	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,3
55 – 59	0,3	0,2	0,4	0,6	0,3	0,2
60 – 64	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
65 – 69	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2
70 – 74	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3
75 – 79	1,1	0,7	0,3	0,5	1,0	0,6
80 y mas	1,5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,5	1,0	0,7	1,0	1,6	1,0

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

Para el periodo del estudio (años 2012 – 2014) se observa que por cada hombre víctima de violencia sexual en el área rural había aproximadamente 5 en el área urbana o cabecera municipal, este indicador tuvo un

comportamiento variable en los años de estudio, siendo esta diferencia mayor en el año 2012 y menor en el 2013, como lo muestra la Tabla 17.

Tabla 17. Razón de violencia sexual en hombres según área de residencia, Colombia

Seguridad social en salud	2012		2013		2014		Total general	
	No.	Razón	No.	Razón	No.	Razón	No.	Razón
Cabecera municipal	212	7,9	124	3,3	218	4,4	554	4,8
Centro poblado	27		38		50		115	
Total general	239		162		268		669	

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

Al compararlas víctimas de acuerdo con el régimen de seguridad social y teniendo como comparador el régimen contributivo, se observa para el total general que:

- Al compararlo con el régimen subsidiado, es menor las víctimas hombres de violencia sexual del régimen contributivo con respecto al subsidiado, excepto para el año 2012,
- Por cada víctima del régimen especial habían aproximadamente 22 del régimen contributivo, y
- Por cada víctima no afiliada habían aproximadamente 5 del régimen contributivo. Ver tabla 18.

Tabla 18. Proporción y razón de VSH según régimen de seguridad social de la víctima, Colombia

Seguridad social en salud	2012		2013		2014		Total general	
	No.	Razón	No.	Razón	No.	Razón	No.	Razón
Contributivo (Comparador)	114		55		116		285	
Especial	4	28,5	5	11	4	29,0	13,0	21,9
Excepción	1	114,0	0	0		0,0	1,0	285,0
No afiliado	26	4,4	25	2,2	22	5,3	73,0	3,9
Subsidiado	94	1,2	77	0,7	126	0,9	297,0	1,0
Total general	248	0	162	0	268	0	678	0

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

Adicionalmente, se calcula y semaforiza la razón de tasas, debido a que este indicador nos permite identificar diferencias entre la situación de salud de dos poblaciones y definir cuál de ellas está en peor o mejor situación. Como en ocasiones, existe la posibilidad que pequeñas diferencias puedan generar una conclusión pobre en evidencia, por lo tanto se calculó los intervalos de

confianza al 95% de las razones de tasas de acuerdo con el método de Rothman KJ y Greenland S(33).

Para este cálculo el grupo comparador fue la tasa del total nacional con respecto a la tasa de cada departamento y ciudad principal. Al comparar las tasas de violencia sexual en hombres en los departamentos con respecto a la nacional, se observó que en los tres años fueron consistentes, las tasas más altas por departamento fueron en Vichada y en las ciudades de Bogotá, Medellín y Bucaramanga. Esta situación al igual que los indicadores analizados previamente, dejaron evidencia de las zonas geográficas dónde el problema de salud pública genera un impacto importante. Ver Tabla 19.

Tabla 19. Tasas y diferencias de tasas de VSH según régimen de seguridad social de la víctima, Colombia

Departamento	2012		2013		2014	
	Tasas	Diferencias	Tasas	Diferencias	Tasas	Diferencias
Antioquia	0,7	0,4	0,78	+0,08	1,1	0,0
Atlántico	0,0	1,1	0,21	0,49	0,5	0,6
Bogotá, D.C.	1,6	+0,5	0,03	0,67	0,3	0,8
Bolívar	0,0	1,1	0,00	0,70	0,4	0,7
Boyacá	0,4	0,7	0,24	0,46	0,5	0,6
Caldas	0,2	0,9	0,51	0,19	1,1	0,0
Caquetá	0,0	1,1	0,00	0,70	0,4	0,7
Cauca	0,1	1,0	0,22	0,48	0,1	1,0
Cesar	0,3	0,8	0,20	0,50	0,3	0,8
Córdoba	0,2	0,9	0,06	0,64	0,1	1,0
Cundinamarca	0,2	0,9	0,31	0,39	0,3	0,8
Chocó	0,6	0,5	0,20	0,50	0,0	1,1
Huila	0,9	0,2	1,07	+0,37	1,1	0,0
La Guajira	0,0	1,1	0,00	0,70	0,0	1,1
Magdalena	0,0	1,1	0,00	0,70	0,2	0,9
Meta	0,0	1,1	0,54	0,16	0,7	0,4
Nariño	0,1	1,0	0,35	0,35	0,6	0,5
Norte de Santander	0,1	1,0	0,00	0,70	0,4	0,7
Quindío	0,7	0,4	0,36	0,34	0,4	0,7
Risaralda	0,5	0,6	0,85	+0,15	0,6	0,5
Santander	0,7	0,4	0,64	0,06	0,7	0,4
Sucre	0,2	0,9	0,48	0,22	0,6	0,5
Tolima	0,1	1,0	0,36	0,34	0,6	0,5
Valle del Cauca	0,2	0,9	0,46	0,24	0,9	0,2
Arauca	0,0	1,1	0,00	0,70	0,4	0,7
Casanare	0,0	1,1	0,29	0,41	0,6	0,5
Putumayo	0,6	0,5	1,78	+1,08	0,9	0,2
Archip. de San Andrés	0,0	1,1	0,00	0,70	0,0	1,1
Amazonas	0,0	1,1	0,00	0,70	4,0	+2,9
Guainía	0,0	1,1	0,00	0,70	2,4	+1,3
Guaviare	0,0	1,1	0,00	0,70	0,0	1,1
Vaupés	0,0	1,1	0,00	0,70	0,0	1,1
Vichada	1,5	+0,4	0,00	0,70	0,0	1,1
Total Nacional	1,1	0,0	0,7	0,00	1,1	0,0

Departamento	2012		2013		2014	
	Tasas	Diferencias	Tasas	Diferencias	Tasas	Diferencias
Ciudades principales						
Medellín	1,3	+0,2	1,03	+0,33	1,3	+0,2
Barranquilla	0,1	1,0	0,2	0,45	0,1	1,0
Bogotá, D.C.	1,6	+0,5	0,0	0,67	0,3	0,8
Cartagena	0,0	1,1	0,0	0,70	0,5	0,6
Bucaramanga	1,0	0,1	0,76	+0,06	0,9	0,2
Cali	0,1	1,0	0,6	0,14	0,1	1,0

Fuente: Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA - Instituto Nacional de Salud, procesado por el investigador.

5.6. ANÁLISIS CON BASE EN LOS DATOS DEL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS- RUV.

Otras de las fuentes que se revisaron para la caracterización de las violencias sexuales en hombres, fue la población víctimas de los delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado en marco del sistema de información del RUV, información que no se pudo identificar por los años en los cuales se realizó el análisis, dado que la información está consolidada para todos los años desde 1982 (las víctimas del conflicto armado se identifican desde el año 1982 de acuerdo a la Ley de Víctimas 1448 de 2011)(34). La Tabla 20 se genera utilizando como criterio (filtros) sexo hombre y hecho victimizante.

Tabla 20. Distribución de frecuencia de los hombres víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Colombia. 1982 a 2014.

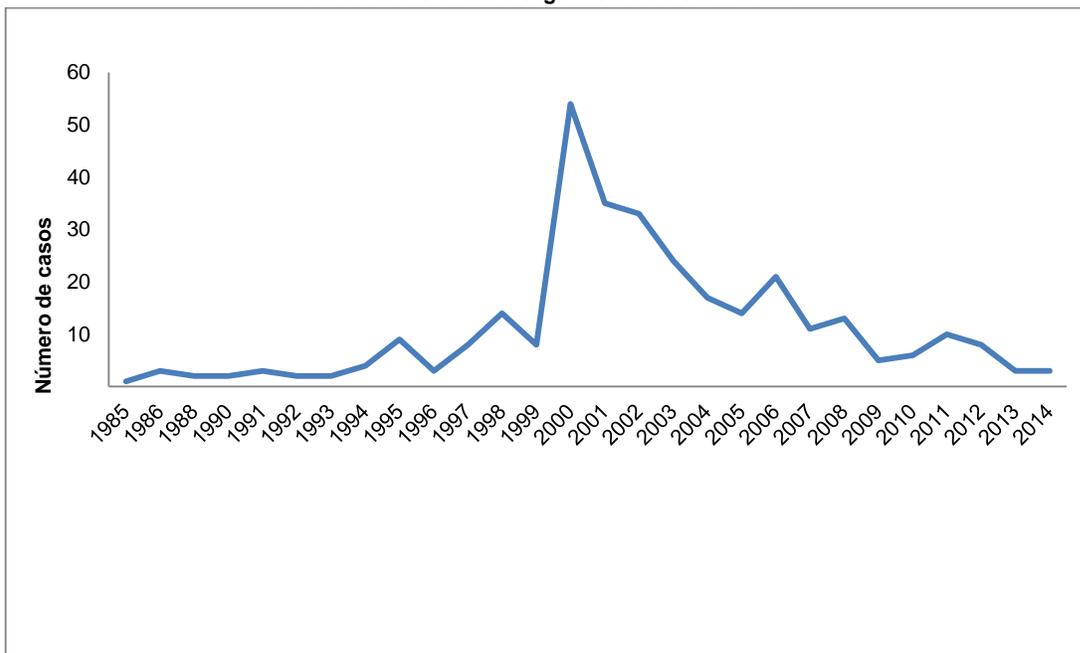
Grupos de edad	No.	%
De 0 a 4 años	65	12,0
De 05 a 09 años	78	14,4
De 10 a 14 años	71	13,1
De 15 a 19 años	56	10,3
De 20 a 24 años	80	14,8
De 25 a 29 años	88	16,2
De 30 a 34 años	67	12,4
De 35 a 39 años	56	10,3
De 40 a 44 años	57	10,5
De 45 a 49 años	48	8,9
De 50 a 54 años	49	9,0
De 55 a 59 años	38	7,0
De 60 a 64 años	23	4,2
De 65 a 69 años	8	1,5
De 70 a 74 años	5	0,9
De 75 a 79 años	2	0,4
Total general	542	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema Integral de Información de Protección Social, integra información del Registro Único de Víctimas, Registros Individuales de Prestación de Servicios, Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

Se obtuvo un total de 542 casos de población de hombres víctimas de este hecho, al colocar como criterio de análisis los grupos de edad comprendido entre los 15 a 59 años, se obtuvo un total de 375 casos efectivos para el análisis de estas atenciones, correspondiendo a este grupo de edad el 69,1% del total de los casos registrados para este hecho victimizante, como lo muestra la Tabla 21.

En el análisis de este hecho victimizante se debe tener en cuenta la diferencias existentes entre la fecha de ocurrencia del hecho y de atención por el sector salud, en la Gráfica 2, se muestra la tendencia en número de casos de los hechos en el periodo de 1985 hasta el 2014, siendo el periodo del 2000 al 2003 en el que se presentó el mayor número de casos, con picos en el año 2006, 2008 y 2011 – 2013.

Grafico 1. Tendencia en número de casos de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado según fecha de ocurrencia.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema Integral de Información de Protección Social, integra información del Registro Único de Víctimas, Registros Individuales de Prestación de Servicios, Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

En cuanto a las atenciones realizadas, se observa que es consistente durante los 3 años de análisis el número de atenciones realizadas, siendo el

grupo de 25 a 29 años el que mayor proporción de atenciones recibió con 19,1%, 17,6%, 18,1% durante los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente, seguido por el grupo de 35 a 39, cuyas proporciones son 12,1%, 13,4%, 13,2% correspondiente a los 3 años de análisis, como se evidencia en la tabla 21.

Tabla 21. Distribución de frecuencia de los casos de hombres víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual, entre 15 y 59 años, en desarrollo del conflicto armado, Colombia.

Grupos de edad	2012		2013		2014	
	No.	%	No.	%	No.	%
De 15 a 19 años	9	5,2	13	7,0	17	9,3
De 20 a 24 años	24	13,9	23	12,3	16	8,8
De 25 a 29 años	33	19,1	33	17,6	33	18,1
De 30 a 34 años	23	13,3	22	11,8	25	13,7
De 35 a 39 años	21	12,1	25	13,4	24	13,2
De 40 a 44 años	23	13,3	21	11,2	15	8,2
De 45 a 49 años	14	8,1	25	13,4	22	12,1
De 50 a 54 años	18	10,4	17	9,1	21	11,5
De 55 a 59 años	15	8,7	17	9,1	15	8,2
Total general	173	100,0	187	100,0	182	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema Integral de Información de la Protección Social, integra información del Registro Único de Víctimas, Registros Individuales de Prestación de Servicios, Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

Al consolidar las víctimas al año 2014, se evidencia que los grupos de edad con mayores tasas de delito contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado fueron los hombres entre 25 a 29 años de edad con 23,5 por cada 100.000 hombres, seguido del grupo 20 a 24 con 21,3 y 30 a 34 con 17,9 por cada 100.000 hombres. Comportamiento que difiere a los observados teniendo en cuenta las otras fuentes de información cuyas tasas eran mayores en los grupos de 15 a 19 años, Tabla 22.

Tabla 22. Tasa de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado en hombres entre los 15 a 59 años de edad, Colombia, consolidado a 2014.

Grupos de edad	No.	%	Tasa x 100,000
De 15 a 19 años	56	14,9	2,5
De 20 a 24 años	80	21,3	3,7
De 25 a 29 años	88	23,5	4,5
De 30 a 34 años	67	17,9	3,9
De 35 a 39 años	56	14,9	3,7
De 40 a 44 años	57	15,2	4,1
De 45 a 49 años	48	12,8	3,5
De 50 a 54 años	49	13,1	3,9
De 55 a 59 años	38	10,1	3,8
Total general	375	100	2,6

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema Integral de Información de Protección Social, integra información del Registro Único de Víctimas, Registros Individuales de Prestación de Servicios, Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA. Denominador: Proyección poblacional DANE para hombres a nivel nacional año 2014.

Se observó que en Colombia en el año 2014 por cada 100.000 hombres 2,6 fue víctima delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, cifras que son mayores en departamentos como Caquetá con el 4,7, Guaviare con el 4.6 y Putumayo 3,8 hombres víctimas por cada 100.000 hombres, como lo muestra la tabla 23.

Tabla 23. Tasa de delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado en hombres entre los 15 a 59 años de edad según departamento de ocurrencia, Colombia, consolidado a 2014.

Departamento de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje	Tasa x 100,000
Antioquia	70	18,7	1,1
Atlántico	1	0,3	0,0
Bogotá, D.C.	4	1,1	0,1
Bolívar	8	2,1	0,4
Boyacá	3	0,8	0,2
Caldas	8	2,1	0,8
Caquetá	22	5,9	4,7
Cauca	16	4,3	1,2
Cesar	8	2,1	0,8
Córdoba	7	1,9	0,4
Cundinamarca	4	1,1	0,2
Chocó	10	2,7	2,0
Huila	4	1,1	0,4
La Guajira	5	1,3	0,5
Magdalena	17	4,5	1,4
Meta	13	3,5	1,4
Nariño	13	3,5	0,8
Norte de Santander	6	1,6	0,4
Quindío	1	0,3	0,2
Risaralda	7	1,9	0,7
Santander	10	2,7	0,5
Sucre	7	1,9	0,8
Tolima	16	4,3	1,1
Valle del Cauca	23	6,1	0,5
Arauca	4	1,1	1,5
Casanare	2	0,5	0,6
Putumayo	13	3,5	3,8
Guaviare	5	1,3	4,6
Vichada	1	0,3	1,4
No definido	100	26,7	0,0
Total Nacional	375	100	2,6
Ciudades principales			
Medellín	37	35,2	1,5
Barranquilla	6	5,7	0,5
Bogotá, D.C.	4	3,8	0,1
Cartagena	1	1,0	0,1
Bucaramanga	6	5,7	1,1
Cali	9	8,6	0,4
Total	63	60	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Sistema Integral de Información de Protección Social, integra información del Registro Único de Víctimas, Registros Individuales de Prestación de Servicios, Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

5.7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DE LA CARACTERIZACIÓN.

Esta caracterización que es un paso importante en el reconocimiento de la VSH, se realizó de acuerdo a los resultados encontrados en los sistemas de información consultados, todavía queda mucho por investigar en el tema para evidenciar las afectaciones de las violencias sexuales en hombres y la incidencia en la población colombiana.

A continuación se describen los principales hallazgos desde el análisis realizado en los sistemas de información.

Uno de los principales aspectos identificados tiene que ver con los sistemas o registros administrativos revisados y utilizados, los cuales son insuficientes para la caracterización de las violencias sexuales del país, tal y como lo exige el marco normativo internacional y nacional. Por ejemplo, el sistema del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que opera el sistema de información con más trayectoria en el país, describe en sus publicaciones “Forensis” los resultados de los dictámenes sexológicos realizados en el marco de un protocolo médico legal, sólo para agresión sexual y abuso sexual. Sistemas de información más nuevos como el SIVIGILA de las violencias de género del Instituto Nacional de Salud, presenta problemas de calidad del dato y de registro de información de la categoría de violencia sexual; por último el Registro Único de Víctimas de la Unidad para la Atención y Reparación de las Víctimas, en su registro administrativo de todas las violencias sexuales describe el delito a la libertad e integridad sexual y no se puede evidenciar las otras formas de violencias sexuales en el marco de la Ley 1719 de 2014(35), como la esclavitud sexual, el aborto, embarazo y la esterilización forzada. Es fundamental ajustar e integrar los sistemas de información a las nuevas necesidades y especificaciones normativas, que identifiquen otras formas de violencia sexual que el país requiere caracterizar, para que se pueda generar el conocimiento necesario para diseñar estrategias que apoyen la prevención y atención de forma integral a los eventos de violencia sexual.

El comportamiento evidenciado, indica que el fenómeno de la VSH es un hecho que genera daños y que requiere abordajes de la estructura social, visualizando las particularidades territoriales. Teniendo en cuenta el análisis, se identificó que las Ciudades de Bogotá y Medellín al igual que los departamentos de Antioquía, Vichada, Guaviare y Guainía registran tasas

más altas que la tasa nacional, esto quiere decir, que para entender la VSH es necesario realizar análisis específicos en los territorios, teniendo en cuenta que Bogotá y Medellín son ciudades donde hay mayor conglomeración de población y mayores posibilidades de acceso a servicios institucionales a diferencia de los municipios de los departamentos de Vichada, Guaviare y Guainía.

El fenómeno se presenta en las ciudades con altas concentraciones de población y en los lugares apartados donde actualmente existen grupos armados ilegales o en los departamentos con ciertas condiciones de vulnerabilidad. Las mayores tasas de VSH se registran en:

- Los departamentos donde se cuenta con la mayor representatividad institucional para la detección y la denuncia y
- Los departamentos menos desarrollados, lo cual es consecuente con los niveles de pobreza que se presentan en los sectores marginales y en las poblaciones que cuentan con menores niveles de atención.

Al revisar la caracterización de los servicios institucionales prestados, en particular de justicia y salud, se identificó, por la diferencia de casos en las bases de datos, que la población de hombres víctimas de violencia sexual accede por los servicios de justicia y no a los de salud, como lo establece la Resolución 459 de 2012(36). Una explicación a lo que sucede está relacionada con la necesidad de la población de hombres víctimas que prefieren acceder primero a justicia para interponer la denuncia. Es importante aclarar que la Resolución establece que la violencia es una “urgencia en salud” y la puerta de entrada al restablecimiento de los derechos es por este sector. El sistema de salud tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa para reducir las inequidades que se generan en la VSH, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención, sino también en la planificación y ejecución de los programas de salud pública.

La caracterización de la violencia sexual en este estudio demostró que la distribución de las violencias sexuales es desigual. Las mujeres registran el mayor número de casos frente a los presentados en los hombres (80% en mujeres frente a un 20% en hombres). Y en el caso de la VSH, en los hombres jóvenes y adultos se reportan violencias sexuales en un 30% en comparación a las violencias sexuales de menores de 15 años que

corresponden al 70%. Estos dos aspectos influyen directamente en las posibilidades de la atención como un derecho fundamental de ciudadanos y ciudadanas, en el control y en el direccionamiento de políticas que repercuten directamente en el enfoque de derechos, de equidad en salud y de salud pública.

Al revisar las fuentes de información se pudo identificar que los menores de 14 años de edad y los adultos tienen mucho más riesgo de ser víctimas de violencia sexual, lo que requiere especial análisis e investigación. Sin embargo es altamente significativo que a partir de los 15 años, por ejemplo en el SIVIGILA, los casos se reducen en un 70% aproximadamente, hecho que también requiere estudiarse a profundidad y que puede estar relacionado con el efecto de las políticas públicas en el no reconocimiento de los casos en hombres mayores de 15 años, donde las rutas de atención integral en violencia sexual solo están dirigidas a grupos prioritarios (niños y niñas menores de 14 años, mujeres y población con discapacidad). Dicho reconocimiento se profundiza, además de otros aspectos como el sociocultural, por los estereotipos de género, por los determinantes propios de la escolaridad, la seguridad social y por las políticas públicas y acciones que no tienen en cuenta dentro de sus iniciativas a los hombres en edades tempranas y adultos jóvenes.

Aunque aparentemente en las fuentes de información se observa que los casos se presentan en las edades tempranas no quiere decir que en los jóvenes y adultos la violencia tienda a disminuir. La VSH es un evento que tiene repercusiones durante todo el ciclo de vida, es trascendente para la salud individual y colectiva y requiere ser enfrentado con medidas de salud pública, que cada día cobra mayor interés y gran impacto al tener en cuenta los criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones e interés público. Se recomienda el desarrollo de investigaciones de cohortes en hombres que permita identificar las consecuencias y repercusiones de la violencia sexual a temprana edad, jóvenes y adultos.

La revisión de las fuentes de información evidencian que los datos que más se reportan son los relacionados con la víctima. Las fuentes que logran caracterizar al victimario mediante algunas variables, no cuentan con la calidad suficiente o no son reportadas en los sistemas de información institucional. Se recomienda que los sistemas de información incluyan

variables que identifiquen las características del agresor y contemplen parámetros que midan conocer “el no querer dar información del agresor por parte de la víctima” y el riesgo de una violencia sexual sistemática que puede estar presentándose en contextos sociales y familiares cercanos de la víctima. Si bien, todavía hay fallas en reconocer al victimario, si se pudo observar en los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses que en un porcentaje alto el agresor es una persona conocida o un familiar. Esto quiere decir que, en gran medida, la víctima y el victimario conviven en el mismo lugar y el riesgo de presentar una agresión sexual es más alta en menores que en adultos.

De igual forma, se identifica que la VSH se reporta más en las víctimas que viven en zonas urbanas que en la rural, relación de uno a cinco, esta evidencia demuestra que hay mayor conocimiento del evento si hay mayor acceso a los servicios de atención institucional, los cuales están ubicados en las cabeceras municipales y no en las zonas rurales donde los servicios institucionales no existen. Es más fácil que la víctima que está en el área urbana puede acceder a la prestación de los servicios sociales que las víctimas que están en área rural, lo que puede estar relacionado con el reporte de los casos, sin desconocer que vivir en área rural puede ser mayor riesgo para la VSH teniendo en cuenta que el “aislamiento social” puede llevar a que se presenten, por ejemplo: distorsiones en los comportamientos relacionados con la sexualidad, mayor riesgo de la población a estar solo sin contar con espacios seguros, formas diferentes de interactuar entre familiares que propicien el incesto, consumo de sustancias psicoactivas entre otras(37).

Se puede observar una diferencia en el número de las víctimas de violencia sexual en hombres entre los datos del SIVIGILA y el Registro Único de Víctimas (RUV), en relación a las edades mayores de 15 años más afectados, para el SIVIGILA las edades están entre 14 a 24 años y en el RUV de 25 a 29 años. Es importante aclarar que los datos del SIVIGILA se registran desde el año 2012 y los datos del RUV desde el año 1982, situación que puede estar generando la diferencia en el reporte. El primer sistema de información reporta los casos incidentes al año del registro en la violencia que se presenta ejercida específicamente por agresores conocidos y desconocidos; y el segundo sistema registra la violencia sexual en el conflicto armado donde el agresor es el grupo armado legal e ilegal, en un contexto específico donde la VSH se constituye en un hecho victimizante con

dinámicas diferentes, que pueden estar justificadas en la utilización del cuerpo como una forma de intimidación y botín de guerra.

La medición y la gestión de la VSH, en las instituciones de salud y en las instituciones sociales, requieren abordajes mediante modelos de análisis basados y complementados con diferentes enfoques sociales, que permitan identificar las particularidades territoriales y el fenómeno global, lo cual debe estar inmerso y apropiado en los sistemas de información de las instituciones que atienden, controlan y direccionan las políticas. Si bien se puede evidenciar que es una situación que afecta a los niños y los hombres jóvenes y adultos todavía falta mucho por conocer sobre el tema, es por eso que una primera apuesta para profundizar en el tema es comenzar en reconocer e identificar la situación mediante redes de conocimiento, especialmente con organizaciones no gubernamentales que han venido recogiendo información, entre ellas las de población LGTBI y conflicto armado.

Al evidenciar que la VSH existe pero no es reportada por la víctima para poder acceder a la institucionalidad y de esta forma quedar registrado en los sistemas de información, que es posible un sub-registro de la información y que prácticamente la situación no se reconoce por el Estado y la sociedad, implica que se deben buscar otras formas de obtener la información para identificar la situación desde otros puntos de vista, como la utilización de encuestas o la incorporación de hombres como encuestados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), y que además se requiere que sea complementado con diferentes disciplinas y no únicamente desde el sector salud, donde se reflejen sus causas y consecuencias de tipo social, económicas, culturales y políticas.

Los sistemas de información existentes en el país deben considerar todas las variables necesarias para realizar la comparabilidad de los datos. Implica que se deben realizar acuerdos semánticos, análisis específicos e integración de datos desde diferentes fuentes institucionales, que hagan posible el control y seguimiento del proceso de atención institucional y el desarrollo de análisis más complejos que permitan evidenciar la garantía al derecho a la verdad, justicia y reparación de las víctimas. De igual forma, se debe incluir información sobre los determinantes sociales, entre ellos la cultura y su relación con los estereotipos y roles sociales desde las miradas de género y orientación sexual. Para el reconocimiento de la situación se deben buscar otro tipo de fuentes de información que permitan identificar que la situación

existe y que requiere ser intervenida en el marco del derecho a la salud, entre ellas se debe considerar el realizar estudios dirigidos hacia hombres de igual forma como se hizo el segundo estudio nacional sobre tolerancia social e institucional sobre la violencia contra la mujer(38).

Este estudio permitió reconocer que el problema de la VSH existe pero no es igual al que se registra en niños y niñas y mujeres. Por tal razón en el marco de un enfoque de salud pública, determinantes sociales y derecho a la salud, todavía falta investigar mucho para que se pueda establecer los procesos de intervención que se requieren para poder hablar de una “vida libre de violencias”. Evidenciar la violencia sexual contra hombres, así como en las mujeres, permite desde la salud pública orientar acciones, especialmente de política pública que garanticen para todos y para todas el derecho a la salud de acuerdo a las necesidades específicas.

Teniendo en cuenta que la VSH es una situación en salud compleja y no se cuenta con información disponible, esta se debe abordar considerando otras fuentes de información que dé cuenta sobre: la equidad en salud en términos de equidad e igualdad de derechos, los determinantes sociales para identificar las diferencias, formas de exposición, vulnerabilidad y consecuencias de los grupos sociales y, el abordaje de la gestión del conocimiento de la salud pública, como mecanismo que busca mediante diferentes procesos tener la disponibilidad información sobre la situaciones de la salud de la población. La transformación social en las situaciones de sociales por medio de la salud pública, especialmente de la VSH, deben apoyarse desde la gestión del conocimiento mediante mecanismos como redes temáticas o redes de conocimiento a partir de las diferentes interacciones sociales que surgen de compartir datos, información, metodologías, e intervenciones en temas específicos, con el fin de ampliar el conocimiento de la situación y los procesos de intervención que permitan garantizar el bienestar colectivo de la población(39).

Para esto se requiere contar con sistemas de información, metodologías de seguimiento y monitoreo o modelos de análisis de situaciones específicas, que ofrezcan información para diseñar y desarrollar intervención desde la salud pública(28). El siguiente capítulo desarrolla una propuesta de modelo analítico de la VSH, teniendo en cuenta la información institucional integrada en sus bases de datos y aquella relacionada con los determinantes sociales.

7. PROPUESTA DE MODELO ANALÍTICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN HOMBRES

7.1. BASE CONCEPTUAL

Una vez identificada la necesidad de construir un modelo analítico que permita medir el evento de VSH de forma intersectorial, basado en diferentes abordajes de la salud pública, de la equidad y de los determinantes sociales, se propone un modelo que identifique la VSH, tanto en sus particularidades territoriales como en su contexto global. Modelo que tiene en cuenta la integración de los sistemas de información en el país para poder evidenciar el comportamiento de la situación, los determinantes sociales relacionados y la prestación en servicios sociales que se realiza a las víctimas y victimarios.

El modelo parte de los diferentes conceptos y posturas sobre los determinantes sociales de la salud, que han puesto en evidencia cómo estas pueden originarse en diferentes áreas del funcionamiento de una sociedad(40). Se basa en la estratificación social, la exposición a condiciones perjudiciales para la salud, la vulnerabilidad y las consecuencias que genera el evento de VSH. En un principio se busca abarcar la información suficiente que permita evidenciar la situación, sus características, los determinantes sociales relacionados y el acceso a los servicios de salud y justicia, y en lo posible avanzar hacia la identificación de otros determinantes estructurales inmersos en la cultura y la sociedad, los cuales pueden ser abordados mediante otro tipo de técnicas como encuestas, estudios e investigaciones en poblaciones específicas.

Para su construcción, se considera que las desigualdades sociales que motivan las diferencias e inequidades surgen de una compleja interacción de mecanismos que posibilitan su generación o perpetuación en una sociedad, para lo cual siempre debería preguntarse, cuando se propone promover la salud de sus ciudadanos y ciudadanas en modo equitativo, si tales diferencias sociales observadas son evitables. Es fundamental entonces conocer los aspectos que explican estas variaciones y que permiten evaluar la forma como contrarrestarlas, mediante la construcción de información desde diferentes bases de datos institucionales, que contribuyan al análisis de las tendencias de los determinantes que influyen en la VSH y el impacto en la salud pública, desde una perspectiva social, teniendo en cuenta que lo

que se está evaluando son los determinantes que generan mayores barreras en la prestación de los servicios sociales.

Para la construcción del modelo analítico se revisaron las diferentes concepciones teóricas que explican los principales mecanismos de producción de inequidades en salud. El modelo de Dahlgren y Whitehead(41), pág. 186, denominado Modelo Socioeconómico de Salud y que trata de representar la interacción de los determinantes sociales, explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones de diferentes niveles de condiciones causales, de lo individual a las comunidades, a nivel de las políticas nacionales de salud. El modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson,(41) pág. 183, que ilustra cómo las inequidades de salud son condicionadas por determinantes sociales y son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos. El modelo de Diderichsen(41), pág. 182, que relaciona la estratificación social y producción de enfermedades, plantea que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales entre ellas las relacionadas con el género⁷ y. El modelo propuesto por el Equipo de Equidad de la OMS(41), pág. 184, que se centra en dos dimensiones: La primera los “Determinantes estructurales”, y la segunda “Determinantes intermedios o factores intermediarios de la salud”, la manera como se presentan estos factores y su interacción en la sociedad se expresan en el impacto sobre las desigualdades en salud y en el bienestar. Los determinantes estructurales son aquellos que generan la estratificación social, estos incluyen aspectos como: el ingreso y la educación, el género, la pertenencia étnica, la sexualidad y los recursos de capital social. Los determinantes intermedios determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud, estos incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, el comportamiento de la población, las barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud.

El modelo propuesto por el Equipo de Equidad de la OMS, el cual integra los aspectos relacionados con la posición social (Determinantes sociales “estructurales”) y la exposición específica (Determinantes sociales

⁷Modelo de Diderichsen: estratificación social y producción de enfermedades. Este modelo recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales.

“Intermediarios”) y que ha sido descrito ampliamente por la literatura, constituye la base para el modelo analítico de la VSH, considera las siguientes premisas:

- La **posición social de las personas**, determina sus oportunidades de salud y refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza.
- La **estratificación social**, que este mecanismo genera, define a su vez una exposición diferencial de los distintos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud y la diferencial exposición y vulnerabilidad en la población se acumula en el curso de la vida y a la vez establece mecanismos de selección.
- Las **consecuencias sociales**, son diferenciales y los mecanismos como se interviene sobre contener o aliviar estas diferenciales, son relevantes desde una perspectiva de equidad en salud.

Es desde esta perspectiva que se aborda el análisis de la Violencia Sexual contra los Hombres, por lo tanto, se fundamenta en la integración de la información sobre la identificación y canalización del evento de VSH hasta la intervención por medio de una atención integral (salud, protección y justicia), con datos socio demográficos y de gestión institucional que relacionen el evento con las víctimas y los victimarios. El resultado debe permitir identificar diferenciales en la distribución social de los principales determinantes y elementos que generan y perpetúan el riesgo. Se apoya en el fortalecimiento de las estrategias de intervención de las desigualdades a través de la articulación de todos los sectores sociales, explicando en un primer momento las barreras de acceso a la prestación de los servicios sociales y sanitarios que se tiene en los lugares y contextos donde viven y actúan.

Reconoce la importancia de los determinantes sociales y su efecto en el ciclo de vida de los individuos y del proceso de salud – enfermedad, entendiendo su influencia en los aspectos relacionados con la posición social de los individuos y de sus contextos. Permite reflexionar sobre el tipo de información y de los datos necesarios, que mediante su correlación se pueda identificar la estratificación social y los determinantes estructurales, la diferencia de exposición a los determinantes intermediarios relacionados con su caudal biológico, como por ejemplo la edad y los estilos de vida.

Motivando hacia la generación de medidas más eficaces y relevantes sobre cada uno de estos aspectos de manera articulada e integrada en los diferentes sectores involucrados, especialmente en el sistema de salud.

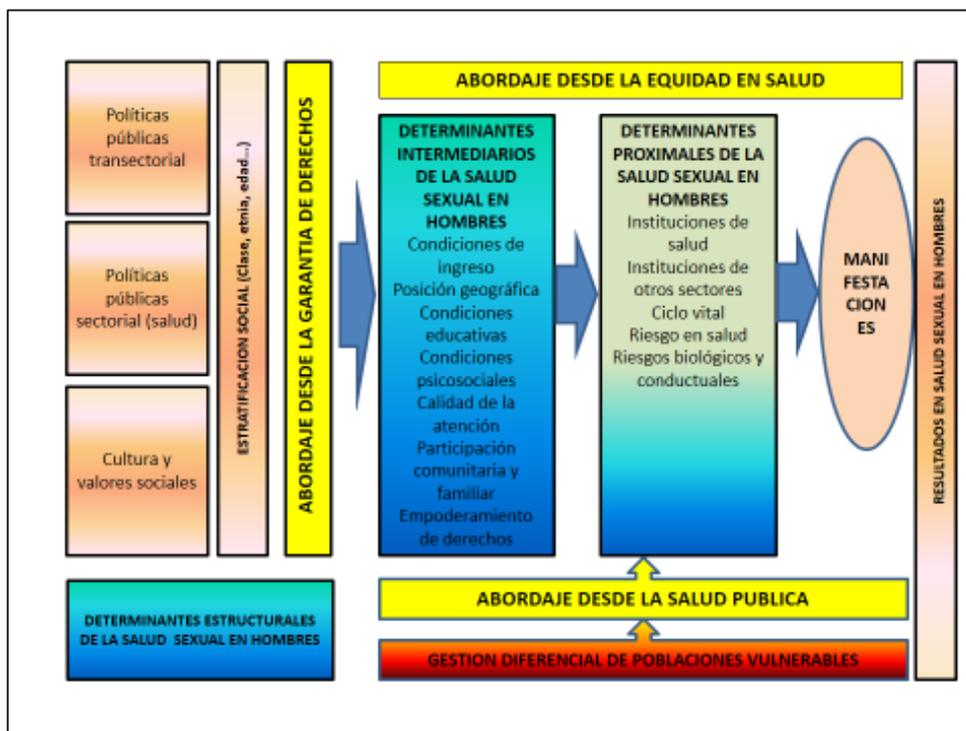
El marco conceptual de la VSH, que acoge y se fundamenta en el modelo propuesto por el Equipo de Equidad de la OMS, se presenta en la Gráfica 2. “Modelo conceptual de la Violencia Sexual en Hombres”, el cual establece la relación entre los tipos de determinantes sociales:

- Los estructurales, que son los mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud), las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social, escolaridad, entre otras.
- Los determinantes intermediarios, los cuales juegan un papel en el proceso de generación de inequidad, más como moduladores y no como causantes primarios, entre los que se encuentran, las circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales y el sistema de salud(18)(24).

Las condiciones de vida (educación, trabajo, atención) son determinantes que afectan tanto la ocurrencia como la identificación de la violencia y la prestación de servicios de salud, los cuales se incluyen en el modelo de la VSH, porque permiten establecer una probabilidad de ocurrencia del riesgo y que a partir de ellos es necesario realizar estudios a profundidad sobre el evento.

Los factores como la edad y el sexo que es uno de los factores de riesgo que presenta la vulnerabilidad más evidenciada, a diferencia del estilos de vida, que si bien no es en sí el estilo de vida el que genera el riesgo, si puede representar mayor vulnerabilidad para las víctimas con estilos de vida específicos como por ejemplo, los consumidores de drogas, personas que ejercen la prostitución, personas donde el riesgo a la violencia sexual está relacionada con la discriminación y estigmatización.

Gráfica 2. Modelo conceptual de la Violencia Sexual contra Hombres



Fuente: A. Oliveros, adaptado de las propuestas del “Modelo propuesto por el Equipo de Equidad de la OMS”, del “Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021” de Colombia y ajustado por el investigador para el modelo analítico de la Violencia Sexual contra Hombres.

El modelo se estructura teniendo en cuenta tres elementos fundamentales, donde se confluyen las consecuencias de todas las inequidades: el abordaje de la garantía de derechos, el abordaje de la equidad en salud y el abordaje de la salud pública que incluye los mecanismos de prevención y atención integral y ante todo la garantía a la prestación de servicios de salud con calidad.

La estructura del mismo considera que la estratificación social es un determinante que posibilita o no el reconocimiento de la problemática de la VSH. La “estratificación social” identifica los mecanismos subyacentes de la estructura social y de la creación de inequidades sociales. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica pueden describirse como determinantes estructurales o como los factores sociales determinantes de las inequidades en salud, los cuales deben entenderse desde la perspectiva de derechos (vida, libertad, seguridad e integridad). Estos mecanismos configuran no sólo

los resultados directos de la VSH, sino también las oportunidades de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos que posibilitan su generación y perpetuación.

Las estratificaciones socioeconómicas, así como los relacionados con la construcción cultural y de sociedad, se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro de un sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva estratificación social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud.

Las condiciones relacionadas con el ciclo vida, la edad, la prestación de servicios sociales, el estilo de vida entre otros, están en el marco de la estratificación social y económica que se incluye en el modelo. En un enfoque de derechos y equidad se busca que las personas con ciertas condiciones y situaciones cuenten con los recursos necesarios, que son destinados por el Estado, para poder llegar al objetivo final de calidad de vida y salud, incidiendo negativamente sobre todas las circunstancias que posibilitan la VSH, y es aquí donde se incide sobre determinantes estructurales e intermedios específicos.

La vulnerabilidad(42) es entendida como aquella capacidad frente al efecto desfavorable de un evento, en cuanto a la capacidad de protección y prevención del daño así como la capacidad de recuperación o de afrontar un problema ya manifestado evitando resultados más graves. Las manifestaciones o daños de la VSH, se refieren a todas aquellas características que son resultantes del evento y se manifiestan en la salud física, psicológica y mental, y que están directamente relacionadas con la posibilidad de contraer una enfermedad, la muerte o una limitación (incapacidad o discapacidad).

El modelo analítico combina la información de los determinantes estructurales con la disponibilidad y acceso a los servicios que permitan mejorar las condiciones de prevención, mitigación y superación del riesgo de VSH, supone que:

- La posición socioeconómica y la estratificación social influyen en la ocurrencia de un evento de VSH y en su bienestar y salud, pero que

esta no es la única mirada que se debe dar del evento, se requiere detallar otro tipo de determinantes que lo posibilitan o perpetúan.

- La posición socioeconómica y la estratificación social tienen una influencia en los eventos de VSH, y determinan las condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, las circunstancias psicosociales y también los factores conductuales.
- La VSH ocurre en todos los niveles sociales, sin embargo los miembros de los grupos con niveles socioeconómicos más bajos viven en circunstancias materiales menos favorables que pueden permitir un mayor riesgo de violencia sexual.

En este caso la posición social puede influenciar en una evolución desfavorable de la salud generada por susceptibilidad al determinante desencadenante de la violencia sexual, así como en los límites de acceso a las oportunidades de prevención que permitan modificar o interrumpir los estados de susceptibilidad y los mecanismos de mitigación y superación del riesgo, que podrían empeorar a causa de una baja capacidad de integración de las necesidades asistenciales.

7.2. DISEÑO DEL MODELO ANALÍTICO

El diseño y construcción del modelo analítico de la VSH, busca reconocer el tema como un fenómeno creciente de salud pública desde los abordajes de equidad de género, salud y los determinantes sociales, teniendo en cuenta la mirada orientadora del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2010 – 2021(10)⁸. El diseño busca responder a la pregunta orientadora para reconocer el fenómeno creciente de salud pública, y busca responder los interrogantes fundamentales sobre sus manifestaciones, las causas y las determinaciones sociales de la problemática de la violencia, los efectos en la demanda de servicios de salud y la respuesta institucional, comunitaria y social.

⁸El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia en el numeral 3.1.4, la perspectiva del enfoque de género contempla los siguientes aspectos: 1) visibiliza las desigualdades, violencias en razón de género, 2) Factores de desigualdad, 3) Sugiere acciones para transformar las estructuras que mantienen las inequidades, 4) Sugiere la construcción de una sociedad más equitativa y democrática.

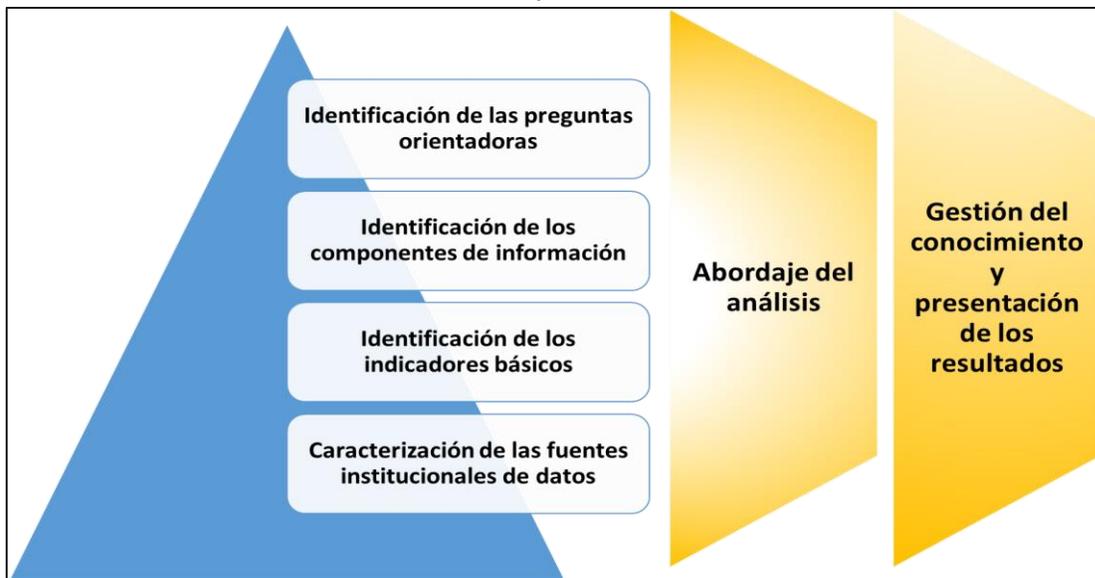
A continuación se desagregan cada uno de los elementos del diseño operativo del modelo analítico de la VSH, considerando el detalle de la pregunta orientadora, los componentes básicos de la información requerida, los indicadores necesarios para abordar su análisis, el análisis de las fuentes institucionales, el detalle de las variables requeridas para su aplicación, las consideraciones para realizar un buen abordaje de análisis, los elementos para la gestión del conocimiento y las posibilidades y dificultades para su implementación.

Los elementos del diseño operativo del modelo analítico se muestran en la Gráfica 3 “Elementos del diseño del modelo analítico”. Es importante considerar que estos elementos son dinámicos y que pueden modificarse, ajustarse y complementarse a través del tiempo, teniendo en cuenta los requerimientos, necesidades y respuestas al interés del desarrollo investigativo, así:

- La identificación de la pregunta orientadora. La cual relaciona todos los aspectos que permitan definir el modelo analítico para el evento de VSH y su abordaje en la salud pública.
- La identificación de los componentes de información. Que estructuran las dimensiones de la información y establecen las líneas de análisis de la VSH.
- La identificación de los indicadores básicos: que involucra la estructuración de los principales indicadores así como su definición y utilidad, de tal forma que respondan a las preguntas orientadoras.
- La caracterización de las fuentes institucionales de datos: en la cual se identifican las principales ventajas y limitaciones de las fuentes institucionales.
- El abordaje del análisis: que describe la forma como se realizará el análisis teniendo en cuenta las posibilidades y las características de la información, las variables disponibles y las definiciones conceptuales.
- La gestión del conocimiento: involucra todos los aspectos relacionados con el desarrollo del conocimiento, la gestión y el intercambio de información, el intercambio de experiencias, la

educación y la capacitación, y la acción y efecto de crear conciencia entre la gente acerca del problema o fenómeno de la VSH.

Gráfica 3. Elementos del diseño operativo del modelo analítico de VSH



Fuente: A. Oliveros, construcción elaborada por el investigador.

7.2.1. Identificación de la pregunta orientadora.

Tal como se había expresado en el numeral 2.1 y en el cual se reconoce que una parte importante de la problemática del evento VSH son los sistemas de información institucional, se plantea la pregunta orientadora que permita orientar el desarrollo operativo del modelo analítico. La pregunta orientadora es la siguiente:

¿Cuál es el marco conceptual para integrar la información institucional que permita el abordaje de la VSH, que incluya los elementos relacionados con los determinantes sociales y posibilite reconocer la VSH como un problema de salud pública?

Con base en esta pregunta se desarrollarán las sub-preguntas relacionadas y todos los aspectos que permitan definir el modelo analítico para el evento de VSH para su abordaje en la salud pública, así:

- ¿Qué marco conceptual debería considerarse en el abordaje de la VSH, contemplando los diferentes conceptos y posturas sobre los determinantes sociales?.

- ¿Cuáles son los indicadores básicos, cual es el acuerdo básico de datos que permita caracterizar y reconocer la VSH de forma estandarizada en las instituciones que prestan servicios sociales, cuales son los tipos de información considerando las bases de datos institucionales y otras fuentes de información requeridas?.
- ¿Qué aspectos se deberían tener en cuenta en el análisis de la VSH, de tal forma que se reconozcan patrones de inequidades, diferencias en la situación de salud y la estimación del riesgo?.

7.2.2. Componentes de información

La identificación de los componentes de información comprende la información disponible en las bases de datos institucionales de las prestaciones sociales, tanto de salud y como de atención de casos, la cual para soportar el modelo analítico de la VSH contempla la utilización de diversas fuentes de información, así:

- La información disponible en las bases de datos institucionales de las prestaciones de salud y de atención de casos, que permiten estructurar los niveles de información relacionadas con las poblaciones vulnerables.
- La información que requiere ser obtenida desde las mirada de la construcción social y cultural y que debe desarrollarse mediante modelos investigativos y otros métodos de medición del evento.

A nivel general la información se debe estructurar en tres dimensiones constitutivas del evento: información del evento, información socioeconómica e información sobre la población a riesgo, así:

- *Información socioeconómica.* Que relaciona la estratificación social, de forma individual o agregada territorialmente. Los datos tienen que ver con: coberturas en educación, posición geográfica, afiliación al Sistema General de Seguridad Social y necesidades básicas insatisfechas.

Sin embargo otro tipo de información será requerida para describir el evento como: las condiciones de empleo y de trabajo, los estilos de vida (comportamiento), la cultura y comunidad, la exclusión social, las redes de apoyo social, entre otras.

- *Información del evento.* Se refiere al evento de VSH generada a través de los mecanismos institucionales de detección, vigilancia en salud pública y atención, que permita identificar los principales determinantes intermediarios.

Es fundamental identificar la información generada a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, el Registro Único de Víctimas – RUV y los dictámenes médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, complementada con estudios específicos sobre las redes de servicios, la accesibilidad, la oferta y demanda de servicios y la percepción de los servicios sociales.

- *Información sobre la población a riesgo:* Información de la población susceptible del evento de VSH. Incluye la información relacionada con: el sexo (hombres y mujeres), la edad, el nivel educativo, la condición de seguridad social y los grupos poblaciones en riesgo (comunidad LGTBI, consumidores de drogas, entre otros), el lugar de ocurrencia, la temporalidad, el ámbito de ocurrencia y la relación de la víctima con el victimario.

La información de la población susceptible integra la información de la víctima y el victimario con la información de la atención, así:

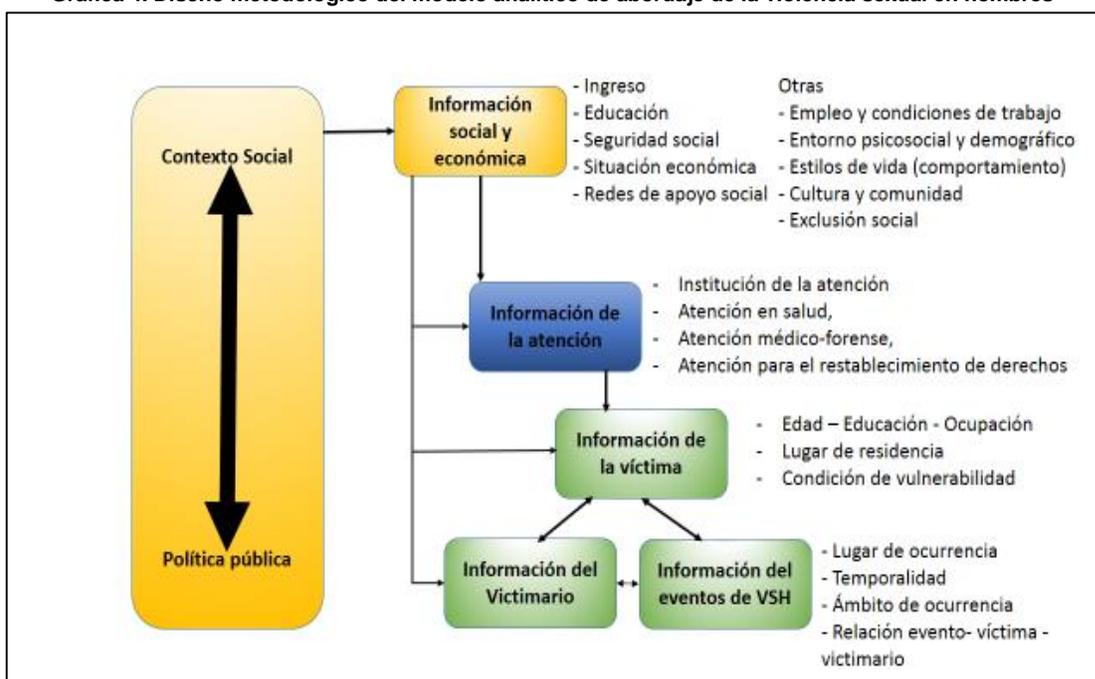
- *Información de la víctima y el victimario:* Se refiere a la relación entre víctima y victimario, propiciado por el ámbito de ocurrencia del hecho violento.
- *Información de la atención:* Se refiere a la institución que atiende a la población relacionada con el evento de VSH y realiza procesos de registro de las características del evento. Al igual que la información relacionada con la población a riesgo, del victimario y hecho violento. Se identifica principalmente la información generada a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública –

SIVIGILA, el Registro Único de Víctimas – RUV y los dictámenes médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Este modelo incluye información del contexto social, expresada en información social y económica relativa al ingreso, la educación y la seguridad social, que puede ser complementada con datos sociales y económicos en mayor detalle, con datos de la atención propiamente dicha y la derivada de estudios e investigación a profundidad.

La Gráfica 4 expresa la relación de las fuentes de información y con base en esta se puede definir el modelo analítico para el abordaje de la violencia sexual en hombres.

Gráfica 4. Diseño metodológico del modelo analítico de abordaje de la violencia sexual en hombres



Fuente: A. Oliveros, adaptado de "Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud", Nicolás Zengarini y ajustado por el investigador.

Mediante la organización de la información se busca establecer líneas de análisis de información continua y permanente sobre la información disponible en el sector salud y en otras instituciones relacionadas, y generar el desarrollo de otra inexistente que permita apoyar el análisis de la VSH en el contexto de las políticas públicas.

7.2.3. Indicadores básicos

La identificación de los indicadores que permitan medir los determinantes sociales de la VSH tienen una caracterización muy particular, dependen del sistema social, y de la ideología y cultura dominante, en la cual viven e interactúan los hombres. La propuesta de modelo incluye los indicadores básicos derivados del modelo analítico para el abordaje de la VSH, se calculan a partir de las fuentes de información secundarias existentes y se presenta una serie de indicadores posibles basados en otras fuentes de información que sean desarrolladas a futuro, son los siguientes:

Tabla 24. Indicadores básicos del modelo analítico para el abordaje de la VSH

Nombre del indicador	Definición operacional	Utilidad
Tasa general de la Violencia sexual - VS.	Números de casos de VS registradas Número de hombres y mujeres a riesgo *100.000	Evalúa el riesgo de la población de hombres y mujeres de ser víctimas de VS.
Tasa específicas de violencia sexual por grupos de edad y sexo.	Números de casos de VS en cada grupos de edad y sexo Número de hombres y mujeres por grupo de edad a riesgo *100.000	Evalúa el riesgo de hombres y mujeres según grupos edad de ser víctimas de VSH.
Proporción de casos de VS según nivel escolaridad y sexo.	Número de casos de VS por nivel de escolaridad y sexo Número total de casos de VSH	Caracteriza el nivel de escolaridad del individuo (hombres y mujeres) víctimas de VS.
Proporción de casos de VS según régimen de seguridad social en salud y sexo	Número de casos de VS por régimen de seguridad social y sexo Número total de casos de VS	Caracteriza el acceso al sistema general de seguridad social del individuo (hombres y mujeres) víctima de VS.
Tasa de VS según departamento de ocurrencia y sexo.	Números de casos de VS ocurridos en un departamento en tiempo determinado Número de hombres y mujeres a riesgo en departamento determinado en tiempo específico*100.000	Evalúa el riesgo de hombres y mujeres habitantes de un departamento o unidad geográfica de ser víctimas de VS en un tiempo determinado.
Proporción de casos VSH según área de ocurrencia.	Número de casos de VSH por área de ocurrencia Número total de casos de VSH	Caracteriza la zona geográfica de ocurrencia del hecho de VSH.
Proporción de casos de VSH según agresor.	Número de casos de VSH según agresor Número total de casos de VSH	Caracteriza la ocurrencia de casos de VSH de acuerdo con el tipo de agresor.
Proporción de atenciones en salud a víctimas de VS según ámbito de atención y territorio.	Número de casos de VS de según ámbito, sexo y territorio Número total de personas atendidas por VSH	Caracteriza el ámbito de la atención en salud de las personas víctimas de la VS por departamento y municipio.
Concentración de procedimientos en salud realizados a víctimas de VSH.	Número de procedimientos realizados a víctimas de VSH Número de personas atendidas.	Caracteriza la utilización del Sistema de Salud por las personas víctimas de la VSH.
Distribución de atenciones a víctimas de VSH según causa que origina la atención y tipo de afiliación al SGSSS	Matriz que correlaciona el número de atenciones a víctimas de VSH, distribuidas por causa que motiva la atención de acuerdo con el tipo de usuario del SGSSS al momento de la atención.	Caracteriza la demanda del Sistema de Salud por las personas víctimas de la VSH.

Nombre del indicador	Definición operacional	Utilidad
realizados a víctimas de VSH.		
Distribución de atenciones a víctimas de VSH según finalidad y tipo de diagnóstico.	Matriz que correlaciona el número de atenciones distribuidas por finalidad de la atención de acuerdo con el tipo de diagnóstico.	Caracteriza la resolutivez de la atención del Sistema de Salud a las personas víctimas de VSH.
Distribución de atenciones a víctimas de VSH según la edad del usuario y ámbito de realización de los procedimientos en salud.	Matriz que correlaciona las atenciones a víctimas de VSH según los grupos de edad y el ámbito donde se realizan los procedimientos.	Caracteriza la demanda de la atención del Sistema de Salud a las personas víctimas de la VSH.
Causas más frecuentes de atención de las personas víctimas de VSH.	Número de casos por diagnóstico principal a víctimas de VSH	Caracteriza la demanda de la atención del Sistema de Salud a víctimas de VSH de acuerdo con las patologías más frecuentes en las personas.

No obstante, es importante considerar otros indicadores que apoyen el análisis de la VSH, los cuales pueden ser obtenidos de fuentes de información indirectas o de estudios específicos que se realicen sobre la población. Aunque hoy no se cuenta a nivel institucional con dichos estudios, es importante considerar su inclusión en la medida que se desarrollen para el país.

Nombre del posible indicador	Utilidad
Condición de empleabilidad frente a los casos de VSH	Evalúa las condiciones y efectos del riesgo de violencia sexual en hombres en los espacios de empleabilidad y su relación en el entorno laboral en un tiempo determinado.
Efectos psicosociales y demográficos de la VSH en los entornos sociales	Evalúa las condiciones y efectos de la violencia sexual en hombres en los entornos familiares, del hogar y la comunidad desde los efectos psicosociales y demográficos en un tiempo determinado.
Impacto en los estilos de vida (comportamiento) de la VSH	Evalúa el impacto y consecuencias en el estilo de vida y comportamiento de los hombres que presentan eventos de VSH en un tiempo determinado.
Masculinidades en la cultura y comunidad	Evalúa el impacto de las masculinidades en los determinantes relacionados con la cultura y la comunidad en un tiempo determinado. Medición que debe realizarse a través de encuestas y estudios poblacionales.
Características de la exclusión social derivada del evento de VSH	Establece las formas y características de la exclusión social derivada de la ocurrencia de eventos de VSH en la población en un determinado período.
Suficiencia de la redes de apoyo social	Establece las características de la suficiencia de las redes de servicio y apoyo social para la atención institucional de los casos de VSH en un determinado período.
Condiciones de accesibilidad de la población con eventos de VSH a la red de servicios sociales	Establece las características de la accesibilidad de la población a las redes de servicios y apoyo social para la atención institucional de los casos de VSH en un determinado período.
Condiciones de la demanda de servicios sociales de la población con eventos de VSH a la red de servicios sociales	Establece las características de la demanda de servicios de la población con eventos de VSH a la red de servicios sociales en un determinado período, en cuanto a sus necesidades, conocimiento, actitudes y prácticas.
Características de la percepción de los servicios sociales	Establece las características de la percepción de la población de los servicios sociales que se le brinda a la población con eventos de VSH en un determinado período.

7.2.4. Fuentes institucionales de datos.

Un aspecto fundamental es identificar cuáles de las fuentes de información, disponibles en las bases de datos institucionales de las prestaciones de salud y de atención de casos, se utilizan para desarrollar el modelo analítico y poder caracterizar la VSH.

En Colombia, se disponen de las siguientes fuentes de información:

- El Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO y el Sistema de registros individuales de prestación de servicios - RIPS del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. SISPRO integra las fuentes de datos de: el Reporte del Registro Único de Víctimas de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UNARIV en los términos del artículo 3 de la ley 1448 de 2011 y el Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS), de acuerdo con la Resolución 3374 de 2000.
- Sistema de Información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de Colombia, que integra el evento de las violencias contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual. El SIVIGILA, que provee en forma sistemática y oportuna información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana⁹. Permite la identificación y vigilancia de las violencias sexuales, intrafamiliar y contra la mujer, identificada como evento 875, que incluye información de la naturaleza, características y circunstancias asociadas al hecho violento, así como de la víctima.
- El sistema de información del instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual realiza la captura de información de personas desaparecidas y de cadáveres, que desde 2007 ha evolucionado en pro de diligenciar una mayor y mejor información que permita el análisis de contexto de la violencia y sus diferentes formas

⁹Instituto Nacional de Salud, decreto 3518 de 2006: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/Circular%200021.pdf>

en Colombia, entre ellas los presunto delito sexual, evento que es el objeto de análisis en el presente modelo.

Con dichas fuentes se realiza el análisis del comportamiento del evento, sin embargo existen otras fuentes de información “auxiliares” debido a que la información producida requiere del análisis del comportamiento de la violencia sexual en hombres (población en riesgo), entre ellas, la base de datos de Proyección poblacional en Colombia – DANE e indicadores socioeconómicos – DANE. Para el análisis de la VSH en Colombia, con el censo de 2005 se obtiene información de la proyección poblacional por sexo (hombres) por grupos de edad, departamento y total Nacional, información que permite analizar los riesgos de violencias representados por las tasas generales y específicas de violencia sexual¹⁰. Así mismo, es importante incluir la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015, la cual contiene preguntas sobre roles y estereotipos, violencias de género y violencia intrafamiliar para hombres y mujeres.

La Tabla 26 “Caracterización de las fuentes de información del modelo analítico para el abordaje de la violencia sexual en hombres”, describe su resumen con las características de las fuentes de información existente en el país, se identificaron variables, limitaciones y ventajas de cada una de las fuentes de información, así como la institución encargada de administrar la fuente de información, así:

Tabla 25. Caracterización de las fuentes de información disponibles en Colombia para el modelo analítico para el abordaje de la Violencia Sexual contra Hombres

Tipo de datos	Fuente disponible	Ventajas	Limitaciones
Censos	Censo poblacional e indicadores demográficos y socioeconómicos Departamento Administrativo de Estadística Nacional – DANE	Contienen información de toda la población o una aproximación	Contienen limitada información de salud y sus determinantes sociales.
Sistema de registro de estadísticas vitales y otros registros especiales	Registro único de víctimas	Colectan información de sexo, geografía de residencia y ocurrencia, nivel educativo, régimen de afiliación al SGSSS y etnia, entre otros.	No contienen información de la mayoría de las variables que causan gradiente. Dependen del correcto diligenciamiento por lo tanto algunas variables no alcanzan la calidad necesaria para ser objeto de análisis.

¹⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Ficha metodológica censo general 2005; (consultado 23/8/2015); disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/ficha_metodologica.pdf

Tipo de datos	Fuente disponible	Ventajas	Limitaciones
Registros institucionales	Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), relacionados con la consulta, procedimientos, urgencias y hospitalización.	Los datos se encuentran disponibles fácil y rápidamente. Pueden ser usados por los ámbitos municipales.	Los datos pueden estar fragmentados enlazados con otras fuentes. Los datos pueden no ser representativos de toda la población y ser limitados en calidad. En ocasiones los datos no cuentan con el adecuado registro de los hechos violentos.
Sistemas de vigilancia	Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (SIVIGILA), Sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (SIVELCE – INMLCF)	Pueden proveer datos detallados de una condición en varios sitios.	Los datos no siempre son representativos de toda la población. Pueden coleccionar poca información de las variables que causan gradiente.
Registro Único de víctimas	Formato Único de Declaración	Proporciona información de los delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado.	Solo aplica a los hechos en marco del conflicto armado, donde la fecha del hecho muchas veces no coincide con la fecha de reconocimiento y atención.
Encuesta	Encuesta Nacional de Demografía y Salud año 2015	Proporciona información sobre violencias de género y violencia intrafamiliar en hombres. Entre la violencias de género la encuesta preguntó sobre violencia sexual: agresor y lugar donde ocurrió	La encuesta se aplicó por regiones y no por departamentos lo que dificulta por ejemplo, entrar analizar las respuestas de los departamentos de Guaviare, Guainía y Vaupés quienes registraron las tasas más altas en el país.

Fuente: Tomado de la guía de análisis de situación en salud del Ministerio de Salud de Colombia, ajustado por investigador.

Además de la información reportada dentro del modelo se debe tener en cuenta la búsqueda de otras fuentes de información, como estudios e investigaciones poblacionales como por ejemplo la Encuesta de Demografía y Salud 2015 (ENDS 2015, que para este año incluye hombres) y los estudios Nacionales realizados en población específicas como conflicto armado y población LGTBI.

Las otras fuentes que deben ser consideradas para el análisis de la VSH, que permitan abordar la VSH desde otras miradas y puntos de vista, deben incluir los aspectos comunitarios y sociales y se deben construir través de estudios a profundidad, historias de vida, observación participativa e investigaciones específicos sobre:

- Las condiciones de la empleabilidad frente a los casos de VSH.

- Los efectos psicosociales y demográficos del riesgo de violencia sexual en hombres en los entornos sociales.
- El impacto en los estilos de vida (comportamiento) de los hombres víctimas de violencia sexual.
- Las masculinidades en la cultura y comunidad.
- Las características de la exclusión social derivada del evento de VSH.
- La suficiencia de la redes de apoyo social.
- Las condiciones de accesibilidad de la población con eventos de VSH a la red de servicios sociales.
- Las condiciones de la demanda de servicios sociales de la población con eventos de VSH a la red de servicios sociales.
- Las características de la percepción de los servicios sociales.
- Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la VSH mediante estudios longitudinales.

7.2.5. Especificaciones de las variables del modelo de VSH

Inicialmente se presenta una propuesta del conjunto de variables básicas o conjunto mínimo de datos, que debe ser estandarizado y acordado, tanto institucionalmente como en las diferentes abordajes del evento de la VSH. La especificación de las variables del modelo de VSH se presenta en la Tabla 27, así:

Tabla 26. Especificación de las variables del modelo de VSH

Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
Datos demográficos			
Código departamento	Código del departamento de acuerdo con la División política administrativa de Colombia.	Clasificación sociopolítica del DANE	DANE
Nombre departamento	Nombre del departamento de acuerdo con la División política administrativa de Colombia	Clasificación sociopolítica del DANE	DANE
Código municipio	Código del municipio de acuerdo con la División política administrativa de Colombia	Clasificación sociopolítica del DANE	DANE
Nombre municipio	Nombre del municipio de acuerdo con la División política administrativa de Colombia	Clasificación sociopolítica del DANE	DANE
Menores de 5 años	Total hombres menores de 5 años	Numérico	DANE
De 5-9 años	Total hombres de 5-9 años	Numérico	DANE
De 10-14 años	Total hombres de 10-14 años	Numérico	DANE
De 15-19 años	Total hombres de 15-19 años	Numérico	DANE
De 20-24 años	Total hombres de 20-24 años	Numérico	DANE
De 25-29 años	Total hombres de 25-29 años	Numérico	DANE
De 30-34 años	Total hombres de 30-34 años	Numérico	DANE
De 35-39 años	Total hombres de 35-39 años	Numérico	DANE
De 40-44 años	Total hombres de 40-44 años	Numérico	DANE
De 45-49 años	Total hombres de 45-49 años	Numérico	DANE

Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
De 50-54 años	Total hombres de 50-54 años	Numérico	DANE
De 55-59 años	Total hombres de 55-59 años	Numérico	DANE
Mayores de 60 años	Total hombres mayores de 60 años	Numérico	DANE
Datos de la atención			
Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
Departamento de la atención	Departamento donde se realiza la atención	Clasificación sociopolítica del DANE	RIPS
Municipio de la atención	Municipio donde se realiza la atención	Clasificación sociopolítica del DANE	RIPS
Institución de la atención	Institución donde se realiza la atención	Código de habilitación de la institución	RIPS
Modalidad de la atención	Modalidad o forma en la prestación del servicio, de acuerdo con la resolución 2003 de 2014, y las normas que la modifique, reglamente, aclare o sustituyan.	<ul style="list-style-type: none"> - Intramural - Extramural 	RIPS
Ámbito de realización del procedimiento	Ámbito en el que se realiza el procedimiento, de acuerdo con el tipo de modalidad de la atención, es decir, en qué tipo de servicio está siendo atendido el usuario.	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorio - Urgencias - Hospitalización - Atención domiciliaria - Sitio de trabajo - Brigada o jornada de salud 	RIPS
Procedimiento de salud	Procedimiento realizado al usuario, de acuerdo con la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS	Clasificación única de procedimientos en salud	RIPS
Código del diagnóstico principal	Código del diagnóstico confirmado o presuntivo.	De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión, y las normas que la modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.	RIPS
Tipo de diagnóstico principal	Identificador para determinar si el diagnóstico es confirmado o presuntivo	<ul style="list-style-type: none"> - Impresión diagnóstica - Confirmado nuevo - Confirmado repetido 	RIPS
Motivo que origina la atención	Identificador de la causa que origina el servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato físico - Abuso sexual - Violencia sexual - Maltrato emocional - Otro tipo de violencia 	RIPS
Datos de la víctima			
Departamento de residencia habitual	Departamento de residencia habitual donde ha permanecido el agredido la mayor cantidad de tiempo durante los últimos seis meses.	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA-INMLCF RUV
Municipio de residencia Habitual	Municipio de residencia habitual donde ha permanecido el agredido la mayor cantidad de tiempo durante los últimos seis meses.	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA-INMLCF RUV
Zona de residencia	Se considera que el agredido vive en zona urbana, cuando vive en la cabecera municipal o en cualquier centro poblado municipal. De lo contrario vive en zona rural.	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural - Sin información de zona 	SIVIGILA-INMLCF RUV
Ocupación	Ocupación de la persona al momento de ocurrencia del episodio de violencia.	Tabla de ocupaciones	SIVIGILA-INMLCF RUV
Escolaridad	Identificador del tipo de escolaridad de	- Analfabeta	SIVIGILA-

Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
	la víctima al momento de ocurrencia del episodio de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Técnica - Universitaria - Sin escolaridad - Posgrado 	INMLCF RUV
Edad	Número correspondiente a la edad cumplida en años		SIVIGILA- INMLCF RUV
Sexo	Sexo de la persona agredida	- Hombre	SIVIGILA- INMLCF RUV
Condición de afiliación del agredido al momento del Hecho	Identificador para determinar la condición de afiliación al Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliado al régimen subsidiado - Afiliado al régimen Contributivo - No afiliado - Afiliado al régimen especial - Afiliado al régimen de excepción - Sin información de afiliación 	SIVIGILA- INMLCF RUV
Grupo de población vulnerable		<ul style="list-style-type: none"> - Desplazado - Víctima conflicto armado - Víctima de violencia general - Otro 	SIVIGILA- INMLCF
Datos del victimario			
Departamento de residencia	Departamento de residencia habitual donde ha permanecido el victimario(a) la mayor cantidad de tiempo durante los últimos seis meses.	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA- INMLCF
Municipio de residencia	Municipio de residencia habitual donde ha permanecido el victimario(a) la mayor cantidad de tiempo durante los últimos seis meses.	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA- INMLCF
Zona de residencia	Se considera que el victimario(a) vive en zona urbana, cuando vive en la cabecera municipal o en cualquier centro poblado municipal. De lo contrario vive en zona rural.	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural - Sin información de zona 	SIVIGILA- INMLCF
Edad	Número correspondiente a la edad cumplida en años del victimario(a)		SIVIGILA- INMLCF
Sexo	Sexo del victimario(a)	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 	SIVIGILA- INMLCF
Parentesco del agresor (a) con el agredido	Identificador para determinar el parentesco del victimario(a) con el agredido	<ul style="list-style-type: none"> - Esposo (a) - Compañero (a) permanente - Novio (a)/amante - Ex-esposo/Ex-novio (a)/Ex-amante - Padre - Madre - Hijo (a) - Encargado(a) del NNA/adulto mayor - Hermano (a) 	SIVIGILA- INMLCF

Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
		<ul style="list-style-type: none"> - Abuelo - Padrastra - Madrastra - Tío - Otros familiares civiles o consanguíneos - Profesor (a) - Amigo (a) - Compañero (a) de trabajo - Vecino (a) - Conocido (a) sin ningún trato 	
Ocupación	Ocupación del victimario(a) al momento de ocurrencia del episodio de violencia.	Clasificación de ocupaciones	SIVIGILA-INMLCF
Condición de afiliación del agresor(a) al momento del Hecho	Identificador para determinar la condición de afiliación del victimario(a) al Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Afiliado al régimen subsidiado - Afiliado al régimen Contributivo - No afiliado - Afiliado al régimen especial - Afiliado al régimen de excepción - Sin información de afiliación 	SIVIGILA-INMLCF
Datos del evento de VSH			
Fecha de ocurrencia	Año, mes y día en que ocurrió el episodio de VSH, o en los casos que ocurren una serie de episodios corresponde al hecho más recientemente perpetrado		SIVIGILA-INMLCF
Departamento de ocurrencia	Departamento de ocurrencia del evento.	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA-INMLCF
Municipio de ocurrencia	Municipio de ocurrencia del evento .	Clasificación sociopolítica del DANE	SIVIGILA-INMLCF
Zona de ocurrencia	Se considera que el evento ocurrió en zona urbana, cuando se generó en la cabecera municipal o en cualquier centro poblado municipal. De lo contrario se generó en la zona rural.	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural - Sin información de zona 	SIVIGILA-INMLCF
Tipo de evento de violencia sexual	Identificador que determina el tipo de VSH	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia Física - Violencia Psicológica - Privación y Negligencia - Abuso sexual - Acoso sexual - Asalto sexual - Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes - Turismo sexual - Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes) - Trata de personas para explotación sexual 	SIVIGILA-INMLCF
Antecedente de	Identificador que determina si	- Si	SIVIGILA-

Dato	Descripción	Valor que asume	Fuente
violencia sexual	ocurrieron otros eventos antecedentes sobre VSH	- No	INMLCF
Escenario del evento	Identificador para determinar el escenario de ocurrencia del evento	- Vía pública - Casa - Escuela - Lugar de trabajo - Sitio de diversión - Lugar deportivo - Zona de conflicto - Otro	SIVIGILA- INMLCF
Condición final	Identificador para determinar la condición final del desenlace del evento	- Vivo - Muerto - Sin información de condición	SIVIGILA- INMLCF

7.2.6. Aspectos en el abordaje del análisis

En el abordaje de la VSH es importante considerar el diseño de un estudio cuantitativo y retrospectivo de los casos de violencia sexual en hombres y sus determinantes. Se debe abordar dicho análisis considerando la consolidación de los datos a nivel municipal, departamental, por regiones con características culturales homogéneas, y a nivel nacional.

Para el desarrollo del análisis de la VSH se consideran los siguientes aspectos:

- De acuerdo con la naturaleza de las variables estudiadas se tiene en cuenta:
 - Para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión y
 - Se debe realizar el cálculo de indicadores epidemiológicos como: tasas generales y específicas.
- Para describir patrones de inequidades relativas o absolutas en la VSH, se deben tener en cuenta las variables relacionadas con la edad, el área de residencia, nivel de escolaridad y el tipo de afiliación en salud, y se analizan las diferencias absolutas y diferencias relativas. El uso y resultado de la aplicación de estas medidas depende de la naturaleza de las variables. Así mismo, bajo este método se comparan los departamentos con respecto al total nacional con el objeto de determinar la magnitud de la desigualdad, entre otras.

- Para identificar diferencias entre la situación de salud de dos poblaciones y definir cuál de ellas está en peor o mejor situación se calcula la razón de tasas. Como en ocasiones, existe la posibilidad de que pequeñas diferencias puedan generar una conclusión pobre en evidencia, se calculan los intervalos de confianza al 95% de las razones de tasas de acuerdo con el método de Rothman KJ y Greenland S(33). Para este cálculo el grupo comparador será la tasa del total nacional con respecto a la tasa de cada departamento y ciudad principal.
- Para estimar la existencia del riesgo de VSH con respecto a los determinantes estructurales se debe realizar un modelo de regresión (*Poisson*) en el que se tenga en cuenta las variables independientes como: proporción de población con necesidades básicas insatisfechas, cobertura de educación y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y como variable dependiente las tasas de VSH.

7.2.7. Gestión del conocimiento y presentación de los resultados

- Gestión del conocimiento

La OMS ha definido la Gestión del Conocimiento(28) como la capacidad para desarrollar una serie de procesos de producción, de distribución, almacenamiento, evaluación, disponibilidad, transferencia y puesta en práctica del conocimiento que permita el desarrollo de las estrategias y logro de resultados efectivos.

Una de las causas que incide en el desconocimiento del aumento de la espiral de violencia sexual contra los hombres se debe a la falta o poca información que se tiene sobre dicho evento. Aunque sabemos que la VSH deja grandes secuelas en la vida de los hombres, en las familias y en las comunidades, no existe entre nuestros profesionales ni en la comunidad, conciencia clara acerca de la contribución que representa para el desarrollo de las políticas públicas una buena gestión de los datos y el intercambio de información y de experiencias en el manejo de la VSH. Muestra de ello es el tan escaso material bibliográfico, la baja calidad de los datos y la deficiente integración de los sistemas de información, que en el transcurso de mi trabajo de investigación he podido consultar acerca de este tema.

Es importante que ante esta situación se mantengan activos los sistemas de información relevantes para el manejo de los riesgos asociados a la VSH, los sistemas e indicadores de alerta temprana, y el monitoreo y evaluación permanentes como elementos importantes en la gestión del conocimiento, que permitan a las políticas públicas implementar estrategias orientadas a enfrentar este evento. Un buen sistema de información que inserte la gestión del conocimiento, apoya fundamentalmente a la caracterización de la situación.

El desarrollo del conocimiento y el intercambio de información, trata los temas de la gestión de información y el intercambio de experiencias, la educación y la capacitación, y por último, la acción y efecto de crear conciencia entre la gente acerca del problema o fenómeno de la VSH. Partiendo de las posibilidades que tenemos hoy día en el campo de las comunicaciones para registrar y diseminar los datos, se plantea que la disposición oportuna de la información son la clave del uso eficaz de la información mediante procesos de clasificación, de análisis y de diseminación de información que genere el conocimiento de la VSH.

Se reconoce entonces que se requiere de una serie de fuentes de información primarias que contengan bases de datos que registren el evento debidamente documentado. El uso intersectorial de la información compartida de la gestión del evento de VSH es un esfuerzo que deben incorporar todas las instituciones que direccionan, controlan o prestan servicios relacionados con la atención integral de la VSH, mediante iniciativas encaminadas a aumentar la disponibilidad y la utilidad de las tecnologías avanzadas de la comunicación y de información que posibiliten la prevención de la VSH y la reducción de sus efectos, con servicios cada vez más exactos de monitoreo de información y mayor disponibilidad de los datos, de los cuales solo se debe extraer la información esencial. Resulta de vital importancia el uso de métodos que permitan el flujo de información, y la necesidad de que el conocimiento adquirido nos lleve al desarrollo de la capacidad de organizar la información y de razonar sobre este evento.

En el caso de la VSH apunta al desarrollo de las diversas estrategias que se deben implementar sobre los procesos de generación, transferencia, organización y disposición de los datos del evento, y el papel que juegan todos los profesionales en los servicios institucionales de atención del caso, y en la generación del conocimiento que estos actores de forma individual o

colectiva pueden aportar derivados de su actuación. Aspecto que abre el camino a nuevas investigaciones estratégicas, dando la posibilidad de identificar áreas del conocimiento aún no exploradas y sentar bases para transformar y enfrentar los retos que el estudio de la VSH nos presenta.

Los servicios de información, son una parte esencial de la infraestructura para la gestión del conocimiento de la VSH, suministran información, impulsan la generación del conocimiento, permiten analizar su impacto sobre los resultados e influyen en el comportamiento de los individuos ante la información. La gestión de la información se vincula con la generación y la aplicación de nuevas estrategias para la gestión de la información y el conocimiento que deben responder a los nuevos tipos de demandas, donde es importante considerar otros datos, documentales y no documentales, los sistemas informáticos, la cultura de información, los modelos de comunicación, entre otros elementos.

- Presentación de los resultados

Los métodos utilizados para presentar los datos del evento VSH y los resultados en términos de la desigualdad de la salud, no son diferentes de los utilizados para presentar otros tipos de datos, relacionados con la salud u otros temas. Existen herramientas para presentar los datos y resultados que pueden incorporar la síntesis de la información y orientar decisiones efectivamente: tales como tablas, gráficos, figuras y mapas.

El análisis cuantitativo de la VSH y de acuerdo a la naturaleza de las variables analizadas se debe presentar en tablas simples y bivariadas, así como gráficos de tendencia para la documentación del año de ocurrencia de los eventos relacionados. Es importante tener en cuenta que se requiere realizar análisis entre hombres y mujeres para poder observar las diferencias que se registran del evento en las atenciones en salud y el restablecimiento de sus derechos.

Es importante realizar una descripción narrativa del modelo de análisis de la VSH elaborado, que incluya la disponibilidad de información y las diferentes operaciones estadísticas que se pueden hacer con la información consolidada. Es necesario especificar los aspectos de las desigualdades observadas, las cuales principalmente deben estar referidos principalmente a las inequidades que se presentan en cuanto a la salud, los derechos y la

salud pública. En el monitoreo de las desigualdades, las tablas, gráficos, figuras y mapas deben presentarse de tal manera que cada indicador de salud puede desagregarse por cada eje de desigualdad. Esto significa que la información que aparece debe mostrar la situación para un solo parámetro o indicador de salud y en una sola dimensión de la desigualdad.

Es importante formular todos los aspectos que permitan mejorar o direccionar las políticas públicas sobre VSH, que posibiliten modificar los factores generadores o perpetuadores del fenómeno. El punto de partida es el establecimiento de los indicadores de VSH los cuales proporcionan un marco de referencia cuantitativo y cualitativo de la situación actual respecto al tema de desigualdades. El objetivo es monitorear y medir como la desigualdad ha cambiado y se presenta en situaciones actuales, y evaluar el impacto de la gestión en las intervenciones que se adelantan.

No obstante, se debe dar el paso a la transformación de los datos en información relevante para los tomadores de decisiones y se contribuya de manera significativa con la gestión del conocimiento para reducir las desigualdades, esto implica que la comunicación, difusión y diseminación de las estadísticas y evidencia, se haga en un formato y en un lenguaje accesibles para todos los posibles actores institucionales. Es fundamental que se creen mecanismos institucionales e incentivos para el uso de la información.

Sin embargo, y como complemento a lo anterior, la difusión y diseminación del nuevo conocimiento, debe apoyarse y concentrarse igualmente en iniciativas como las redes de gestión de conocimiento en medición de desigualdades, seminarios y conferencias, colección de nuevos artículos, estudios e informes relacionados con las desigualdades, sitios Web e interactivos, comunidades virtuales, entre otros.

Para el efecto, es necesario el trabajo intersectorial e interdisciplinario. Sólo la colaboración y cooperación entre disciplinas y sectores puede garantizar el éxito del entendimiento del fenómeno de la VSH y de evidenciar como los factores que generan las desigualdades han cambiado en el tiempo.

7.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LAS DIFICULTADES Y POSIBILIDADES PARA EL DESARROLLO DEL MODELO ANALÍTICO DE LA VSH.

Mediante el desarrollo de este proyecto, permitió identificar varias cosas importantes sobre la violencia sexual en hombres, así:

- Primero, que la VSH debe ser considerada un problema de salud pública y es una problemática que requiere ser intervenida y posicionada en la agenda política nacional.
- Segundo, la VSH tiene diferentes formas que supera el conocimiento que se tiene sobre el tema, relacionado con la violación y/o agresión sexual y el abuso sexual.
- Tercero, la VSH se evidencia en hombres jóvenes y adultos, en menor número de casos pero con las mismas implicaciones de tipo jurídico y afectaciones a su salud física, psicológica y sexual.
- Cuarto, el país tiene un gran reto en incorporar en el marco de la salud pública y los determinantes sociales acciones concretas para los grupos poblacionales víctimas de violencia sexual.

Implementar el modelo analítico de la VSH requiere de información concertada y unificada con las diferentes instituciones que participan en la atención y solución del problema. Para el efecto, la información debe:

- Apoyar en primera instancia el proceso de atención institucional y por lo tanto debe generar los datos necesarios para conocer la situación de este fenómeno en los ámbitos municipal, departamental y nacional.
- Contar con la información mínima e indispensable que soporte los procesos de decisión y de la acción integrada y articulada.
- Cumplir con los parámetros de accesibilidad, oportunidad, calidad y ser comparable e intercambiable entre las diferentes instituciones que apoyan los procesos y acciones relacionados con la VSH.

La información como recurso estratégico, requiere de una planeación y administración, con asignación de recursos para su producción, distribución, seguridad, almacenamiento y recuperación, y un eficiente nivel de organización que soporte su generación y uso. Para el efecto, los conceptos, las definiciones y las nomenclaturas deben ser unificados, con el fin de permitir la integración de la información y la comparación de resultados, con el objetivo de producir información que corresponda a la realidad de los hechos que se registran.

La información del modelo está referida a datos relacionados con los componentes socioeconómico, la atención y al evento y la población en riesgo, la cual en el nivel más operativo, se debe organizar de forma desagregada, es decir, sobre cada evento sujeto de la atención, de tal forma que permita la prestación de los servicios sociales de apoyo y el control de gestión de las instituciones en relación con los mismos. En los niveles de planeación y dirección, se deben disponer los datos agregados y consolidados, con el objeto de construir los indicadores necesarios que permitan su monitoreo y seguimiento. La transferencia de los datos debe estar articulada a los sistemas de información institucional quienes deben garantizar la organización y depuración de los datos en los diferentes niveles, para que sean utilizados por las instancias de interpretación y para la toma de decisiones.

Para que el modelo de la VSH pueda desarrollarse requiere reconocer y considerar las siguientes condiciones, dificultades y posibilidades, que se muestran en la Tabla 28.

Tabla 27. Condiciones, dificultades y posibilidades en la implementación del modelo de la VSH

Componente	Descripción
Político	<p>Integración de las políticas sociales en el marco del ciclo vital del individuo, de tal forma que se incluyan a los hombres adolescentes y adulto joven en sus líneas de intervención. Se requieren abordajes de la VSH desde la estructura social, visualizando las particularidades territoriales, de tal forma que las fuentes de datos no estén limitadas solo a los relacionados con la gestión institucional de la atención.</p> <p>Se deben implementar sistemas de información con bases de datos que reflejen la situación de la violencia sexual y e información sobre los determinantes sociales intermedios, con el fin de evaluar determinantes estructurales como la cultura relacionados con los estereotipos y roles sociales, el género y la orientación sexual que tienen una evidencia clara con diferentes violencias de género.</p> <p>Mejoramiento del control y en el direccionamiento de políticas que repercuten directamente en el enfoque de derechos, de equidad en salud y de salud pública.</p> <p>Modificar las condiciones que impiden el reconocimiento de los casos de VSH contemplando el aspecto sociocultural, los estereotipos de género, los determinantes propios de la escolaridad, la seguridad social y la inclusión de las políticas públicas. Implica entonces el</p>

Componente	Descripción
	reconocimiento de la situación buscando otro tipo de fuentes de información que permitan evidenciar que la situación existe y requiere ser intervenida en el marco del derecho a la salud.
Individuo	Transformación cultural de los individuos con el objeto de reconocer el evento de violencia sexual en hombres, mediante estrategias orientadas a la integralidad de la atención, modificación de las condiciones culturales y estereotipos de género.
Familia	Transformación cultural de la familia con el objeto de reconocer el evento de violencia sexual en hombres, mediante estrategias orientadas al apoyo de la familia, teniendo en cuenta que en gran medida, la víctima y el victimario conviven en el mismo lugar y el riesgo de presentar una agresión sexual es más alta en niños que en adultos, al igual que el riesgo que ocurre en las niñas, donde el agresor para los datos de casos es un hombre.
Comunidad	<p>Transformación cultural de la comunidad con el objeto de reconocer el evento de violencia sexual en hombres, mediante estrategias orientadas a prevención y mejoramiento de las condiciones familiares y comunitarias.</p> <p>Se debe abordar estrategias de análisis comunitario la comunidad y sus entornos, de tal forma que se logre percibir el riesgo de la violencia sexual en todos los individuos.</p>
Instituciones	<p>Integración de los procesos de atención de los individuos, dentro de la cadena de atención intersectorial. De igual forma se debe integrar toda la información posible con el objeto de permitir el control y el seguimiento de la atención institucional</p> <p>Acuerdo sobre la unificación de conceptos y definiciones de los datos, de tal forma que sean utilizados de una misma forma y posibilite la articulación de los procesos intersectoriales, para el efecto, se deben considerar todas las variables necesarias para realizar la comparabilidad de los datos. Se deben hacer acuerdos semánticos, análisis específicos e integración de datos desde diferentes fuentes institucionales, que permitan hacer posible el control y seguimiento del proceso de atención institucional y el desarrollo de análisis más complejos que permitan evidenciar la garantía al derecho a la verdad, justicia y reparación de las víctimas.</p> <p>El sistema de salud debe desempeñar una función activa para reducir las inequidades que se generan en la VSH, no sólo a través del acceso equitativo a los servicios de atención, sino también en la planificación y ejecución de los programas de salud pública, que permitan el acceso a los servicios por parte de los Hombres, prioritariamente a los servicios de justicia y los de salud, mediante proceso organizado de la atención integral del individuo.</p> <p>Desarrollo de investigaciones de cohortes en hombres que permita identificar las consecuencias y repercusiones de la violencia sexual a temprana edad. El análisis epidemiológico y demográfico debe tener en cuenta los criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones e interés público, que requiere ser enfrentado con medidas de salud pública.</p> <p>Los sistemas de información deben incluir variables que identifiquen las características del agresor y contemplen parámetros que midan el riesgo de una violencia sexual sistemática que puede estar presentándose en contextos sociales y familiares cercanos de la víctima.</p> <p>Mejorar las condiciones de accesibilidad a la red de servicios de apoyo institucional y social, permitiendo establecer servicios adecuados a las condiciones de los hombres.</p> <p>Cualificar a funcionarios y funcionarios en la atención integral de las violencias sexuales mediante el enfoque de género, que permite identificar y realizar un trato diferencial en las atenciones de la violencia de acuerdo a las características de la víctima.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003;
2. OMS | Se publica el primer informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr73/es/>
3. Sivakumaran S. Del dicho al hecho: la ONU y la violencia sexual contra hombres y niños durante conflictos armados. *Int Rev Red Cross*. 2010;877:1-20.
4. Víctimas de violencia sexual en la guerra - Archivo Digital de Noticias de Colombia y el Mundo desde 1.990 - eltiempo.com [Internet]. [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13710035>
5. Pinzón D. La violencia de género y la violencia sexual en el conflicto armado colombiano: indagando sobre sus manifestaciones. *Guerra Violencias En Colomb Herramientas E Interpret Pontif Univ Javer*. 2009;363-92.
6. Walters ML, Chen J, Breiding MJ. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. *Atlanta Ga Natl Cent Inj Prev Control Centers Dis Control Prev*. 2013;648(73):6.
7. Breiding MJ. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash Dc 2002*. 2014;63(8):1-18.
8. Romero Quevedo, Jhon Henry. Comportamiento de muertes y lesiones accidentales. Colombia, 2014. *Forensis*. julio de 2015;16(1):409-53.
9. Valero, Miriam. Los hombres maltratados: invisibles y olvidados – ThePrisma.co.uk [Internet]. [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://theprisma.co.uk/es/2014/11/23/los-hombres-maltratados-invisibles-y-olvidados/>
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. 538. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

11. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. feb 16, 2015 p. 13. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
12. Colombia. Congreso de la República. Código Penal Colombiano: Ley 599 de 2000 [Internet]. jul 24, 2000. Disponible en: http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20130808_01.pdf
13. Montoya JHE. Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave bioética. *Rev Colomb Bioética*. 2015;6(1):37-61.
14. Rivas F. La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética. *Acta Bioethica*. 2000;6(2):335-46.
15. Fiol EB, Pérez VAF. La violencia de género: De cuestión privada a problema social Gender violence: from a private issue to a social problem.
16. Del Carmen Rojas M. Investigación y construcción de capacidades en salud pública. *Rev Salud Pública*. 2008;12(1):52-65.
17. López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Avila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública México*. 2000;42(2):133-43.
18. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007;
19. Starfield B. State of the art in research on equity in health. *J Health Polit Policy Law*. 2006;31(1):11-32.
20. Vega J, Solar O, Irwin A, Jadue L, Fabiola M. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes Sociales Salud En Chile En Perspect Equidad Chile Iniciat Chil Equidad En Salud Ices*. 2005;9-18.
21. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Health Development Agency London; 2004.

22. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007;
23. Oscuivilca Tapia EC, Sosa Hajar WJ, Peña Ayudante WR, Palacios Solano JJ. Transversalización de la promoción de la salud en el currículo de estudios de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión-2013. 2014;
24. Stella Álvarez Castaño L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2009;8(17).
25. Tarlov AR. The sociobiological translation. *Heal Soc Organ Heal Policy Twenty-First Century*. 1996;71.
26. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):693-700.
27. Rose G. Sick individuals and sick populations *Int J Epidemiol* 14 (1): 32–38. Find This Artic Online. 1985;
28. Montaña JI, Rengifo H, Rivillas JC, Ospina ML. Gestión del conocimiento y fuentes de información para la salud en Colombia. *Monit Estratégico Una Herram Para Inspección Vigil Control*. 2013;(4).
29. Zengarini N. Mecanismos de generación y fuentes para la construcción de sistemas de monitoreo de las desigualdades sociales en la salud. *Doc Trab Nâº*. 11.
30. Colombia. Congreso de la República. Ley 1581 de 2012 . Por el cual se dictan disposiciones genrales para la protección de datos personales [Internet]. oct 17, 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1581-de-2012.pdf>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. oct 4, 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
32. Gonzalez JM, Rodriguez BG. Estudio descriptivo del riesgo de ser abusado sexualmente en niños y niñas de Educación Básica en Cartagena de Indias. *Psicogente*. 2015;6(11).
33. Greenland S, Rothman KJ. Introduction to stratified analysis. na; 1998.

34. Colombia. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. [Internet]. jun 10, 2011. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1448_2011.html
35. Colombia. Congreso de la República. Ley 1719 de 2014 Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000,906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones [Internet]. jun 17, 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/I GUB/LEY-1719-DEL-18-DE-JUNIO-DE-2014.pdf>
36. Colombia. Congreso de la República. Resolución 459 de 2012 Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual [Internet]. mar 6, 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ /Resolucion-0459-de-2012.PDF>
37. Sarmiento IV. Factores de riesgo para el abuso sexual intrafamiliar-incesto. Rev Justicia. 2015;17(22).
38. Proyectamos SAS, Presidencia de la República. Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres: informe final [Internet]. Bogotá DC; 2015 mar p. 236. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Segunda-medicion-estudio-tolerancia-violencias-contra-mujeres.pdf>
39. Martínez E, Franco DF, Villa L. Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través de estrategias de cooperación. Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc. 2009;27(3):349-55.
40. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. 2008;
41. Barragán H, Moiso A, Mestorino M de los Á, Ojea OA, Barragán H. Fundamentos de salud pública. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP); 2007.

42. Castel R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. Archipiélago. 1995;21:27-36.
43. Organización de las Naciones Unidas. La Conferencia del Cairo : El rumbo hacia una realidad mejor [Internet]. 1994 [citado 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html
44. De Beijing D, para la Acción P. IV Conferencia mundial sobre las mujeres [Internet]. 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
45. Convención sobre todas las formas de violencia contra la mujer [Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf>
46. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF A. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belém do Pará. 7 de mayo de 2016;17.
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud. 69a. [Internet]. 2015 [citado 6 de octubre de 2016]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_esp.pdf?sequence=4&isAllowed=y
48. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (por adoptar en septiembre de 2015 en la Asamblea General de la ONU): Agenda de Desarrollo Post-2015 de la Organización de las Naciones Unidas [Internet]. New York; 2015 sep p. 17. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/05%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible%20para%20la%20web.pdf>
49. Organización Panamericana de la Salud Staff. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Juego de los tres volúmenes. Reimpresión Actualizada 2003. Pan American Health Org; 2003.
50. Forensis - Instituto Nacional de Medicina Legal [Internet]. [citado 6 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>