**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL**

**DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y PATRIMONIO**




**PROYECTO:**

**“CONSTRUCCIÓN BAJO MODALIDAD LLAVE EN MANO DEL HOSPITAL DE LA PAZ PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, SUS FAMILIAS Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL”.**

**DOCUMENTO TÉCNICO**

**BOGOTÁ, DC**

**MARZO DE 2026**

# CAPITULO I

## 1. IDENTIFICACIÓN

### 1.1 Datos básicos del proyecto

**Tabla N° 1: Síntesis del Proyecto**

| ITEM | DETALLE |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROYECTO: | **CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE LA PAZ PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL** |
| FECHA DE PRESENTACIÓN: | Marzo de 2026 |
| VALOR DEL PROYECTO: | $xxxxxx |
| FIN: | Construir un hospital especializado que garantice atención integral en salud y procesos de reparación a víctimas del conflicto armado, especialmente de violencia sexual y sus familias… contribuyendo a su recuperación y a la reconstrucción del tejido social. |
| OBJETIVO: | Diseñar y construir un hospital especializado en el departamento del Meta que permita prestar servicios integrales de salud física y mental a víctimas del conflicto armado, con capacidad suficiente y condiciones adecuadas para su atención, recuperación y rehabilitación. |
| BENEFICIARIOS DIRECTOS | 502.943 |
| FASE DEL PROYECTO: | Fase III– Ejecución |

## 2. ANTECEDENTES

Las investigaciones adelantadas por la UIA (Unidad de Investigación y Acusación) en casos de violencia sexual en el conflicto armado han permitido identificar un patrón reiterado: la ausencia histórica de una oferta institucional especializada que atienda integralmente las secuelas físicas, psicológicas y sociales derivadas de estos crímenes.

La violencia sexual en el conflicto armado no es un hecho aislado; es un fenómeno de macrovictimización. Sus efectos no se limitan al momento de la agresión. Se traducen en lesiones físicas crónicas, afectaciones reproductivas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos forzados, trauma complejo, deterioro de la salud mental, ruptura de vínculos familiares, pérdida de proyectos educativos y exclusión económica. Estas consecuencias se proyectan durante décadas y afectan no solo a la víctima directa, sino a su entorno familiar y comunitario.

La oferta ordinaria del sistema de salud no fue diseñada para responder a esta realidad en clave de justicia restaurativa. La atención suele dispersarse en múltiples instituciones, sin continuidad terapéutica, sin enfoque diferencial y sin condiciones de confidencialidad y dignificación adecuadas. Esta fragmentación reproduce dinámicas de revictimización, pues obliga a las víctimas

a reiterar su relato, enfrentar estigmatización y transitar por circuitos institucionales que no reconocen la especificidad del daño sufrido.

Desde el principio de centralidad de las víctimas, esta situación resulta constitucionalmente inadmisible. El diseño institucional debe partir del daño identificado, no de la oferta preexistente. La estrategia de Reparaciones Tempranas de la UIA, construida en diálogo con víctimas acreditadas y con comunidades afectadas, permitió consolidar un diagnóstico claro: se requiere un dispositivo especializado, integral y articulado que materialice la modalidad de rehabilitación como componente de la reparación integral.

La formulación y estructuración del proyecto de inversión para los estudios, diseños y la construcción del Hospital de la Paz en el municipio de Cumaral, en el Departamento del Meta, se enmarca en los lineamientos del Sistema Nacional de Inversión Pública y responde a la necesidad de fortalecer la capacidad institucional del Estado para garantizar la reparación integral de las víctimas del conflicto armado, en coherencia con el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición (SIVJRNR) y el Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026.

## 3. DIAGNÓSTICO

Actualmente en Colombia existe un problema público estructural asociado a la insuficiencia de la oferta institucional para atender, de manera integral, diferenciada y oportuna, los daños físicos, psicosociales, cognitivos y comunitarios derivados de graves violaciones a los derechos humanos, en particular la violencia sexual relacionada con el conflicto armado, esta insuficiencia limita la implementación efectiva del principio de centralidad de las víctimas en los procesos de reparación y restringe la materialización efectiva del modelo de justicia restaurativa.

La evidencia institucional demuestra que la oferta existente se ha concentrado en mecanismos indemnizatorios o en atenciones fragmentadas, insuficientes para abordar la complejidad del daño sufrido por las víctimas, especialmente en los ámbitos de salud mental, trauma complejo, rehabilitación psicosocial y reconstrucción de capacidades individuales y comunitarias. Esta situación se agrava en el caso de las víctimas de violencia sexual, cuyas afectaciones han sido históricamente subvaloradas, poco investigadas y atendidas de manera inadecuada.

La problemática central a resolver es la no atención de las consecuencias de la violencia sexual en la salud[1], y la dificultad para acceder a la justicia, la cual tiene impactos devastadores en las víctimas, sus familias y comunidades. Esta realidad global refleja la subvaloración y la tendencia a normalizar los ataques sexuales como prácticas culturales y no como delitos. Dado que, la mayoría de las víctimas son mujeres (84,73%) y niñas (84,04%), y que este delito se asocia al

[1] Cálculo basado en cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Forensis* (2014, 2023), Bogotá.

ámbito privado, las víctimas son estigmatizadas a través de la culpa y la vergüenza porque se les transfiere la responsabilidad de “provocar” o no “prevenir “el ataque sexual.

Las consecuencias inmediatas de la violencia sexual se reflejan en la salud física, emocional, sexual y reproductiva de las víctimas, que al no ser atendidas adecuadamente afectan otros ámbitos de su vida. Además, la impunidad profundiza el trauma vivido porque los procesos judiciales son lentos y revictimizantes; sumado a lo anterior, las víctimas no reciben atención de calidad porque no hay políticas públicas en salud especializadas para atender los daños que ocasiona este delito, los recursos son insuficientes, y los profesionales de la salud no tienen formación para el manejo informado del trauma, ni para el tratamiento de daños físicos como las fistulas, o para prevenir impactos a largo plazo (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.). Los lugares en los que las víctimas de violencia sexual reciben atención en salud y en los que denuncian no son adecuados, con frecuencia se confunde la privacidad con precariedad y aislamiento.

En Colombia desde 1999 hasta 2023 el delito sexual en hombres y mujeres ha tenido un número de casos promedio de 20.118 por año, con un incremento anual constante del 3,52%[2]; cada día se reportan al menos 65 casos, que ocurren mayoritariamente en lugares que deberían ser protectores: vivienda (78.33%) y centros educativos (3.92%). La mayoría de los victimarios son cercanos a las víctimas: un familiar (47,93%), un conocido (24,88%), la pareja o expareja (12,16%), un amigo (8,41%). Para el 2023, la responsabilidad de integrantes de las fuerzas armadas fue del 0,67%; de la policía 0,35%; de grupos armados ilegales 0,26% y de desmovilizados/reincorporados fue de 0,01%3.

Como lo evidencian las cifras, la violencia sexual en los conflictos armados es una extensión de la violencia contra las mujeres para ratificar el poder abusivo de los hombres y de las armas.

En Colombia, la violencia es un problema de salud pública, se realiza una vigilancia rutinaria y activa a través del Instituto nacional de salud, por la ficha de notificación Violencia de género e intrafamiliar y, ataques con agentes químicos, en donde se observa una tendencia al aumento desde el año 2021, con una tasa de 75.44 por 100.000 habitantes, y para el año 2024 con una tasa de 261.7 por 100.000 habitantes, para una razón de tasas de 3.48 por 100.000 habitantes, con una diferencia de tasas de 18.6 IC (15.01-22.19) con valor por debajo de 0,01 estadísticamente significativo.

En la ilustración a continuación, se observa que el delito sexual es la tercera (3) causa de violencia, con una tendencia al aumento desde el año 2021, pasando de una tasa de 45.1 por 100.000 habitantes para el año 2021, a una tasa de 70.0 por 100.000 habitantes para el año 2024; para una razón de tasas de 1.56 por 100.000 habitantes IC (1.07- 2.262) con valor 0,019 estadísticamente significativo. (Instituto Nacional de salud 2024).

[2] Ibid, 2023

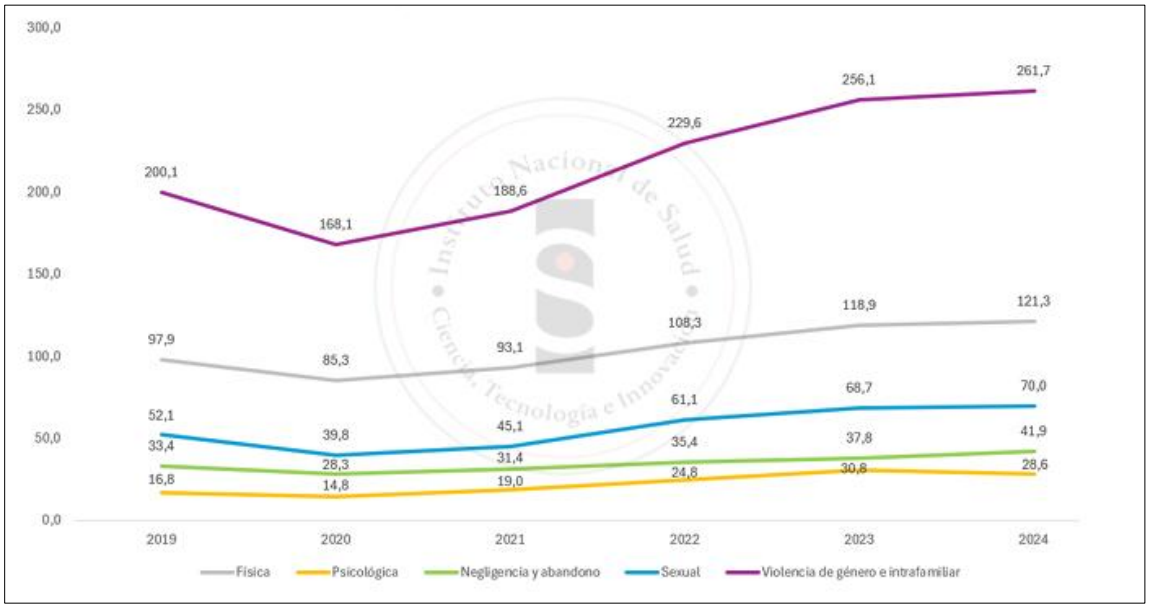



**Ilustración N° 1:** Tasa de notificación por 100 000 habitantes de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar y ataques por agentes químicos por tipo de violencia, Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2019 a 2024.
Fuente: Boletín Epidemiológico INS: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.

Al valorar los datos por sexo, se observa que el 83,23% de las víctimas son mujeres, mientras que el 20,15% son hombres. Esto evidencia que, por cada cinco (5) mujeres afectadas por violencia sexual, hay un hombre en la misma situación. Como se ilustra a continuación.

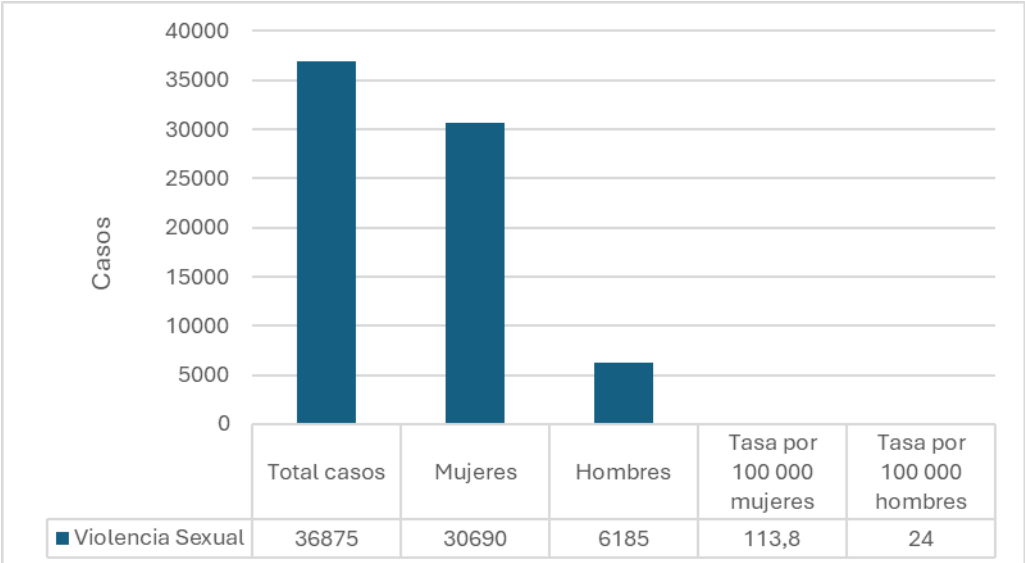



**Ilustración N° 2:** Tasa de notificación por 100 000 habitantes de violencia sexual por sexo en Colombia, a periodo epidemiológico XI, 2024. Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Los valores reportados por medicina legal para los años 2024-2025, se observa que para el año 2024 reportan 1.624 exámenes medicolegales por presunto delito sexual, y para el año 2025 reportan 1.453 exámenes medicolegales por presunto delito sexual ( Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF , 2025). Al comparar la información con los datos reportados en el Registro Único de Víctimas (RUV) y Sivigila, se evidencia un subregistro generalizado de este tipo de violencia en los sistemas de información.

**Cuadro 2.4**
**Variación absoluta y porcentual de enero de 2025[pr] respecto a enero de 2024[pr] según contexto de violencia**
Colombia
Enero 2024[pr] y 2025[pr]

| Contexto de violencia | Año 2024[pr] | Año 2025[pr] | Variación absoluta | Variación porcentual % |
|---|---|---|---|---|
| Lesiones en eventos de transporte | 987 | 953 | -34 | -3,44% |
| Lesiones accidentales | 121 | 109 | -12 | -9,92% |
| Exámenes médico legales por presunto delito sexual | 1.623 | 1.453 | -170 | -10,47% |
| Violencia interpersonal | 5.794 | 4.943 | -851 | -14,69% |
| Violencia intrafamiliar | 4.532 | 3.834 | -698 | -15,40% |
| **Total** | **13.057** | **11.292** | **-1.765** | **-13,52%** |

**Fuente**: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF
Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia - GCERN
Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense - SICLICO
**pr**: cifra preliminar

**Ilustración N° 3:** Variación absoluta y porcentual de enero de 2025 respecto a enero de 2024 según contexto de violencia. Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia – GCERN.

Para el 2025 se reportaron un total de 44.850 víctimas de violencia sexual incluidas en el Registro Único de Víctimas-RUV9. Del total, el 90% son mujeres, el 1.8% población LGBTI, y el 7.9% hombres. Solo el 21% del total de las víctimas de este delito ha recibido indemnización administrativa y, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, solo 4.459 víctimas, de decir el 10%, han sido atendidas en el Programa de Atención Psicosocial.

El hospital de la Paz atenderá directamente a las víctimas de la región Orinoquía – Meta, Casanare, Vichada y Arauca –, a los cuales se añadirán los departamentos de Guaviare, Guainía y Vaupés y prestará servicios a nivel nacional e internacional.

Este hospital ofrecerá servicios de salud de mediana complejidad en diversas especialidades, atendiendo a una población de aproximadamente 5 millones de habitantes de las regiones de la Orinoquia, Amazonia y departamentos cercanos de la región andina. La ubicación en estas áreas es crucial debido a las altas tasas de presuntos delitos sexuales por cada 100,000 habitantes, que superan significativamente la tasa nacional de 46.63 para el año 2023, según el informe Forensis de ese año.

Las zonas que tienen un color morado más fuerte son aquellas que tienen tasas superiores de delitos sexuales según lo reportado por Medicina Legal. Estos departamentos están en el rango más alto (91,70 - 166 por cada 100 mil habitantes en 2023).

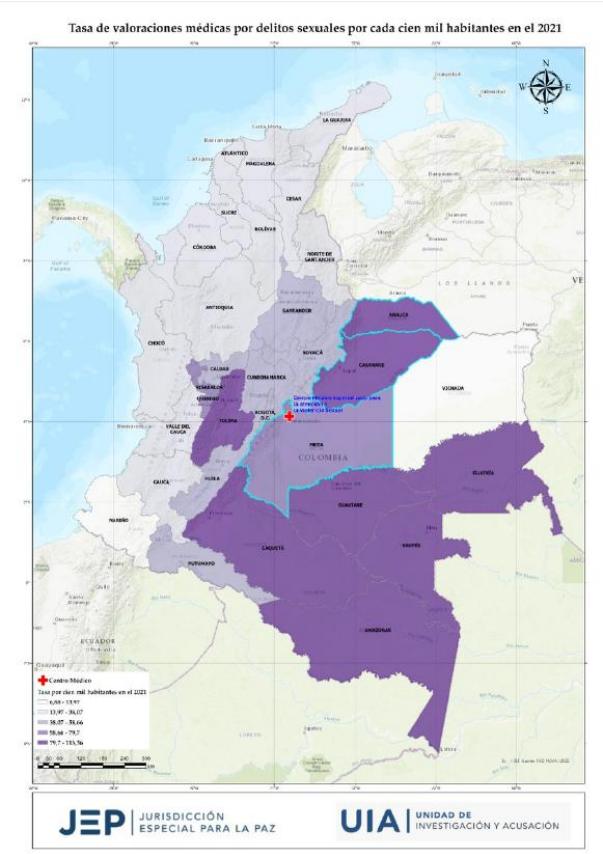



**Ilustración N° 4:** Tasa de valoraciones por delitos sexuales por cada cien mil habitantes en el 2021 – Fuente: JEP

## 4. JUSTIFICACIÓN

El Hospital de la Paz no es un proyecto de infraestructura sanitaria convencional. Es una medida estructural de reparación temprana que se inserta en la lógica de justicia restaurativa del componente de justicia del Sistema Integral para la Paz. Su finalidad es materializar, de manera concreta y permanente, la modalidad de rehabilitación prevista constitucionalmente, bajo el principio de centralidad de las víctimas.
Su diseño se fundamenta en cuatro pilares interdependientes que, en conjunto, constituyen una arquitectura restaurativa integral.

***El pilar médico*** responde a la obligación estatal de garantizar la rehabilitación física especializada. La atención clínica que se proyecta no es generalista; está orientada específicamente a las secuelas derivadas de la violencia sexual en el conflicto armado. Incluye tratamiento de lesiones, atención ginecológica especializada, manejo de enfermedades asociadas, seguimiento integral y continuidad terapéutica en un entorno diseñado para evitar la revictimización. La dignidad del espacio, la confidencialidad y la especialización técnica no son elementos accesorios; son

condiciones necesarias para que la atención médica constituya una verdadera medida de reparación.

***El pilar psicosocial*** desarrolla la dimensión emocional y psicológica de la rehabilitación. La violencia sexual produce trauma complejo, alteraciones en la identidad, sentimientos de culpa, miedo persistente y deterioro de la confianza en las instituciones. La participación en procesos judiciales puede reactivar estas experiencias si no existe un acompañamiento especializado. Este pilar garantiza tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado en trauma por violencia sexual, procesos individuales y colectivos de recuperación emocional y acompañamiento durante la interacción con el sistema de justicia. De esta manera, se cumple el deber de evitar la revictimización y se contribuye a la sanación, elemento esencial de la justicia restaurativa.

***El pilar legal*** concreta el derecho a la participación efectiva. La centralidad de las víctimas implica que estas no sean simples intervinientes formales, sino sujetos activos en los procesos que las afectan. La orientación jurídica especializada y el acompañamiento sociojurídico permiten superar barreras de acceso y fortalecer capacidades para el ejercicio de derechos ante la JEP y otras jurisdicciones. Este componente se articula con el mandato de la UIA de canalizar las demandas de verdad y reparación y de garantizar que la justicia sea comprensible y accesible.

***El pilar socioeconómico*** reconoce que la violencia sexual generó exclusión estructural. Muchas víctimas vieron interrumpidos sus estudios, perdieron ingresos o quedaron en condiciones de dependencia económica. La reparación integral no puede limitarse al tratamiento clínico si no se atienden estas consecuencias. Este pilar promueve la reconstrucción del proyecto de vida, el fortalecimiento de capacidades y la autonomía económica, en coherencia con la finalidad de reconstruir el tejido social y consolidar una paz estable y duradera.
Estos cuatro pilares no operan de manera aislada. Conforman un modelo integrado que evita la fragmentación de la respuesta estatal y que coloca a la víctima en el centro del dispositivo institucional, no como beneficiaria pasiva, sino como sujeto de derechos cuya dignidad estructura el modelo de atención.

El modelo con los cuatro pilares del Hospital de la Paz debe comprenderse como una única estrategia de reparación en salud, entendida no en sentido biomédico restringido, sino en clave integral, conforme a la Constitución, a la jurisprudencia constitucional y a los estándares internacionales de rehabilitación para víctimas de graves violaciones de derechos humanos. La salud, en este marco, no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual. Bajo esa comprensión amplia —coherente con el enfoque restaurativo adoptado por la Jurisdicción Especial para la Paz— cada pilar constituye una dimensión necesaria de la reparación en salud y no un componente accesorio o complementario.

El pilar médico es el núcleo visible de la reparación en salud, pero no puede entenderse de manera aislada. La violencia sexual en el conflicto armado produjo lesiones físicas, secuelas ginecológicas y reproductivas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos forzados y daños crónicos no tratados. La reparación en salud exige la rehabilitación clínica especializada, con equipos

entrenados en trauma complejo y en atención diferencial. En esta dimensión, el Hospital de la Paz retoma la experiencia del modelo implementado por el Hospital Panzi en la República Democrática del Congo, creado en 1999 y dirigido por el doctor Denis Mukwege. Este hospital ha atendido a más de 100.000 víctimas de violencia sexual y es reconocido como un modelo de atención novedoso y efectivo para reparar a las víctimas de violencia sexual. Es el primer modelo de atención holística con centralidad en las víctimas, la atención médica especializada constituye la puerta de entrada a un proceso restaurativo más amplio. La cirugía reconstructiva, el tratamiento de infecciones, la atención obstétrica especializada y el seguimiento clínico no solo alivian síntomas, sino que restablecen funciones corporales, dignidad física y capacidad de autodeterminación. Sin rehabilitación médica efectiva, no existe reparación integral posible, porque el cuerpo violentado continúa siendo un recordatorio permanente del daño.

Sin embargo, la experiencia comparada demuestra que la reparación en salud no se agota en la intervención clínica. El modelo de Panzi consolidó un enfoque de "atención integral en cuatro pilares" precisamente porque comprendió que el trauma psicológico y el daño psicosocial inciden directamente en la recuperación física. El pilar psicosocial no es un complemento emocional, sino una condición terapéutica indispensable. El trauma por violencia sexual genera trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, alteraciones del sueño, ideación autolesiva y ruptura de vínculos. Estos factores influyen en la adherencia a tratamientos médicos, en la capacidad de autocuidado y en la recuperación fisiológica. Una víctima que no recibe tratamiento psicológico adecuado puede abandonar controles médicos, no seguir indicaciones terapéuticas o permanecer en estados de estrés crónico que afectan su sistema inmunológico y su salud general. Por tanto, la rehabilitación psicosocial es intrínsecamente una reparación en salud: restablece la estabilidad emocional, reconstruye la autoestima y permite que la intervención médica tenga eficacia real. Además, desde la justicia restaurativa, el acompañamiento psicosocial evita la revictimización durante los procesos judiciales y contribuye a la sanación del daño moral y espiritual.

El pilar legal también forma parte de la reparación en salud en sentido integral. La violencia sexual no solo vulnera el cuerpo, sino que fractura la confianza en el orden jurídico y en la comunidad. La ausencia de verdad, el desconocimiento de derechos y la imposibilidad de participar en procesos judiciales generan angustia persistente, sensación de indefensión y pérdida de sentido. El acceso efectivo a orientación jurídica especializada, el acompañamiento sociojurídico y la posibilidad de comprender y ejercer derechos producen efectos terapéuticos medibles: reducen la ansiedad, fortalecen la percepción de control y restauran la dignidad. En el modelo de Panzi, la asesoría legal fue incorporada como parte del proceso de recuperación porque la justicia —o la posibilidad real de buscarla— es un componente del bienestar espiritual. En clave constitucional colombiana, la participación efectiva y el reconocimiento de responsabilidad forman parte de las medidas de satisfacción. La reparación espiritual y moral no es abstracta: se materializa cuando la víctima deja de sentirse invisible frente al sistema. De esta manera, el pilar legal contribuye directamente al bienestar psíquico y a la reconstrucción del sentido de dignidad, integrándose a la reparación en salud.

Finalmente, el pilar socioeconómico es determinante para que la reparación en salud sea sostenible y suficiente. La violencia sexual en el conflicto produjo exclusión educativa, pérdida de empleo, dependencia económica y marginación social. La evidencia empírica demuestra que la precariedad económica afecta la salud física y mental: limita el acceso a alimentación adecuada, dificulta la continuidad terapéutica y perpetúa entornos de vulnerabilidad. Una víctima que carece de autonomía económica puede verse obligada a permanecer en contextos de violencia o a abandonar tratamientos por falta de medios. En el modelo de Panzi, la formación en habilidades productivas y el fortalecimiento de capacidades económicas fueron integrados como parte esencial del proceso de recuperación, bajo la premisa de que la autonomía material es condición para la sanación integral. En el contexto colombiano, la reconstrucción del proyecto de vida y la activación económica son formas de restituir agencia. Sin agencia no hay reparación integral, porque la persona continúa en una situación estructural de subordinación y fragilidad.

La integración de estos cuatro pilares convierte al Hospital de la Paz en un dispositivo de reparación en salud integral. La atención médica restablece funciones corporales; el acompañamiento psicosocial repara el trauma y fortalece la estabilidad emocional; el componente legal restaura dignidad, sentido y bienestar espiritual; y el pilar socioeconómico garantiza autonomía y sostenibilidad de la recuperación. Esta articulación evita la fragmentación institucional y responde a la comprensión contemporánea de la salud como bienestar integral.

En términos de justicia restaurativa, la reparación en salud no puede limitarse a tratar heridas físicas. Debe reconstruir la capacidad de vivir con dignidad, participar en la comunidad y ejercer derechos. El Hospital de la Paz, inspirado en el modelo del Hospital Panzi, traduce esta comprensión en una arquitectura institucional coherente con el principio de centralidad de las víctimas y con la obligación constitucional de garantizar rehabilitación como modalidad de reparación integral. Sin la convergencia de los cuatro pilares, la reparación sería incompleta; con su integración, la salud deja de ser un servicio aislado y se convierte en un proceso restaurativo integral.

La construcción del Hospital de la Paz es coherente con el mandato constitucional de centralidad de las víctimas y con la obligación de materializar la modalidad de rehabilitación dentro de la reparación integral. No se trata de un proyecto complementario, sino de una respuesta estructural a un vacío histórico en la atención especializada a víctimas de violencia sexual en el conflicto armado, contribuyendo directamente a la satisfacción de los derechos de las víctimas, al cierre de brechas territoriales en la oferta de servicios especializados y al cumplimiento de los compromisos del Estado colombiano en materia de verdad, justicia, reparación y no repetición.

En consecuencia, el proyecto Hospital de la Paz se presenta como una inversión estratégica, sostenible y coherente con los instrumentos de planeación nacional, que fortalece la capacidad estatal para responder a un problema público prioritario, contribuye a la consolidación de la paz y genera impactos sociales de largo plazo en los territorios más afectados por el conflicto armado.

## 5. MARCO LEGAL

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) declaró de importancia estratégica la recuperación, fortalecimiento y modernización del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), habilitando una ruta de inversión plurianual cercana a 1,67 billones de pesos, orientada a garantizar su operación como centro de excelencia, referencia nacional y con vocación docente e investigativa. Esta declaratoria reconoce al HUSJDMI como un actor estructural de la red pública nacional de salud y como un instrumento de política pública para ampliar la oferta de servicios de mediana y alta complejidad, bajo un régimen especial de protección patrimonial, asegurando sostenibilidad institucional, financiera y operativa en el largo plazo.

El Decreto Ley 1959 de 2023 creó el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil como una entidad especial del orden nacional, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, sujeta al régimen presupuestal de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado (EICE), integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación y del Sistema Nacional de Patrimonio Cultural, que participa en procesos de formación de talento humano en educación superior, educación para el trabajo y el desarrollo humano y educación continua. Con el Artículo 13 del mencionado decreto ley, se estableció como objeto del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, la atención integral en salud de la población, la investigación, el desarrollo e innovación, la formación de talento humano en salud. Adicionalmente tiene por objeto la recuperación y preservación de los valores de su patrimonio histórico y cultural integrado, inherente al BIC Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil.

Así mismo, el Artículo 21 del Decreto Ley 1959 de 2023, estableció una estructura organizacional inicial para el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil y señaló en el parágrafo que el Gobierno nacional desarrollaría con base en lo previsto en el artículo 54 de la Ley 489 de 1998.

Bajo este marco normativo e institucional, el Hospital de la Paz, centro especializado de atención a víctimas de violencia sexual, se concibe como un proyecto de inversión pública que materializa la extensión territorial y programática del HUSJDMI, orientado a cerrar brechas en el acceso a servicios especializados de salud y reparación integral en territorios priorizados por su afectación histórica al conflicto armado. El proyecto no constituye una intervención aislada, sino una solución estructural que se articula con la red pública de salud, las entidades del SIVJRNR (Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición) y las políticas de reparación integral, garantizando coherencia vertical y horizontal con la política pública sectorial y transversal.

La creación del Hospital de la Paz encuentra su fundamento en la arquitectura constitucional derivada del Acto Legislativo 01 de 2017, que incorporó el Sistema Integral para la Paz,

estableciendo que los mecanismos de verdad, justicia, reparación y no repetición deben operar de manera interconectada para ofrecer una respuesta integral a las víctimas. Esta interconexión no es meramente funcional; es estructural. El artículo transitorio 1º dispuso que los distintos mecanismos no pueden entenderse de manera aislada y que su finalidad última es garantizar los derechos de las víctimas en un marco de transición hacia la paz.

La Ley 1957 de 2019 desarrolló este mandato al consagrar, en su artículo 13, el principio de centralidad de las víctimas. Este principio se ubica en la cúspide interpretativa del funcionamiento de la Jurisdicción Especial para la Paz. No se trata de un criterio orientador accesorio, sino de una regla estructural que impone que en toda actuación del componente de justicia se tomen como ejes centrales los derechos de las víctimas y la gravedad del sufrimiento infligido. Esto significa que las competencias de la Jurisdicción, incluidas las de la Unidad de Investigación y Acusación, deben ejercerse bajo un estándar reforzado de protección, dignificación y restauración.

La Corte Constitucional ha sido consistente en afirmar que la reparación integral comprende restitución, indemnización, rehabilitación, medidas de satisfacción y garantías de no repetición. Dentro de estas modalidades, la rehabilitación —que incluye atención médica, psicológica, psiquiátrica y social— constituye una obligación directa del Estado. En el marco de la justicia transicional, esta obligación adquiere una dimensión reforzada cuando se trata de víctimas de graves violaciones de derechos humanos y, en particular, de violencia sexual.

Desde esta perspectiva, la justicia restaurativa no se agota en la imposición de sanciones propias o en la realización de trabajos con contenido reparador por parte de los comparecientes. Implica también la adopción de dispositivos institucionales que permitan atender de manera inmediata y efectiva las consecuencias del daño, especialmente cuando no existe reconocimiento temprano de responsabilidad. Como se desarrolla en el documento de Reparaciones Tempranas liderado por la UIA, la Jurisdicción tiene el deber de propiciar medidas que eviten la revictimización y de canalizar las necesidades identificadas en el diálogo con las víctimas hacia mecanismos efectivos de rehabilitación y satisfacción.

El Hospital de la Paz es el resultado de esa articulación. Surge de un proceso de acompañamiento adelantado por la UIA con víctimas, en el marco de su competencia investigativa, y se proyecta como una medida cuya implementación corresponde al sector salud, bajo la rectoría del Ministerio competente. La intervención no constituye una expansión discrecional de la función judicial, sino el cumplimiento del deber constitucional de propiciar medidas de rehabilitación cuando el daño ha sido identificado en el ejercicio de la acción penal transicional.

El Hospital de la Paz permite que la justicia transicional trascienda la dimensión declarativa y sancionatoria, incorporando un dispositivo institucional permanente que dignifica, repara y restituye capacidades. Solo así el componente de justicia del Sistema Integral para la Paz cumple su finalidad constitucional de satisfacer los derechos de las víctimas, contribuir a la no repetición y consolidar una paz estable y duradera.

## 6. CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO A LA POLÍTICA PÚBLICA

A continuación, se presenta la contribución del proyecto al cumplimiento de la política pública nacional, departamental y municipal establecida en los planes de desarrollo y su gestión institucional.

| PLAN DE DESARROLLO NACIONAL | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Colombia Potencia Mundial de la Vida (2022-2026) |
| **TRANSFORMACIÓN:** | 2. Seguridad humana y justicia social |
| **PILAR:** | 02. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar |
| **CATALIZADOR:** | 01. Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo |
| **COMPONENTE:** | e. Acceso equitativo a medicamentos dispositivos médicos y otras tecnologías |
| **SECTOR:** | Salud y protección social |

| PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Ingrese el nombre del PDD. |
| **ESTRATEGIA:** | Ingrese aquí las estrategias relacionadas. |
| **PROGRAMA:** | Ingrese aquí el programa relacionado del Plan de desarrollo. |

| PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Ingrese el nombre del PDT. |
| **ESTRATEGIA:** | Ingrese aquí las estrategias relacionadas. |
| **PROGRAMA:** | Ingrese aquí el programa relacionado del Plan de desarrollo. |

| INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DE GRUPOS ÉTNICOS | |
|---|---|
| **TIPO DE COMUNIDAD:** | N/A |
| **INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DE GRUPOS ÉTNICOS** | N/A |

## 7. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA

Se realizó la identificación de la problemática bajo la construcción del “árbol de problemas” de acuerdo a la metodología del Marco Lógico. Para ello se realizó un ejercicio participativo el cual fue abordado inicialmente con una lluvia de ideas, que posteriormente fueron clasificadas y ordenadas según su relación con: problemas – causas – efectos, y reorientadas según el grado de gobernabilidad sobre ellas.

## 7.1 Identificación del problema

**PROYECTO: ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE LA PAZ PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL**

**ÁRBOL DE PROBLEMAS**
**PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE LA PAZ PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL"**

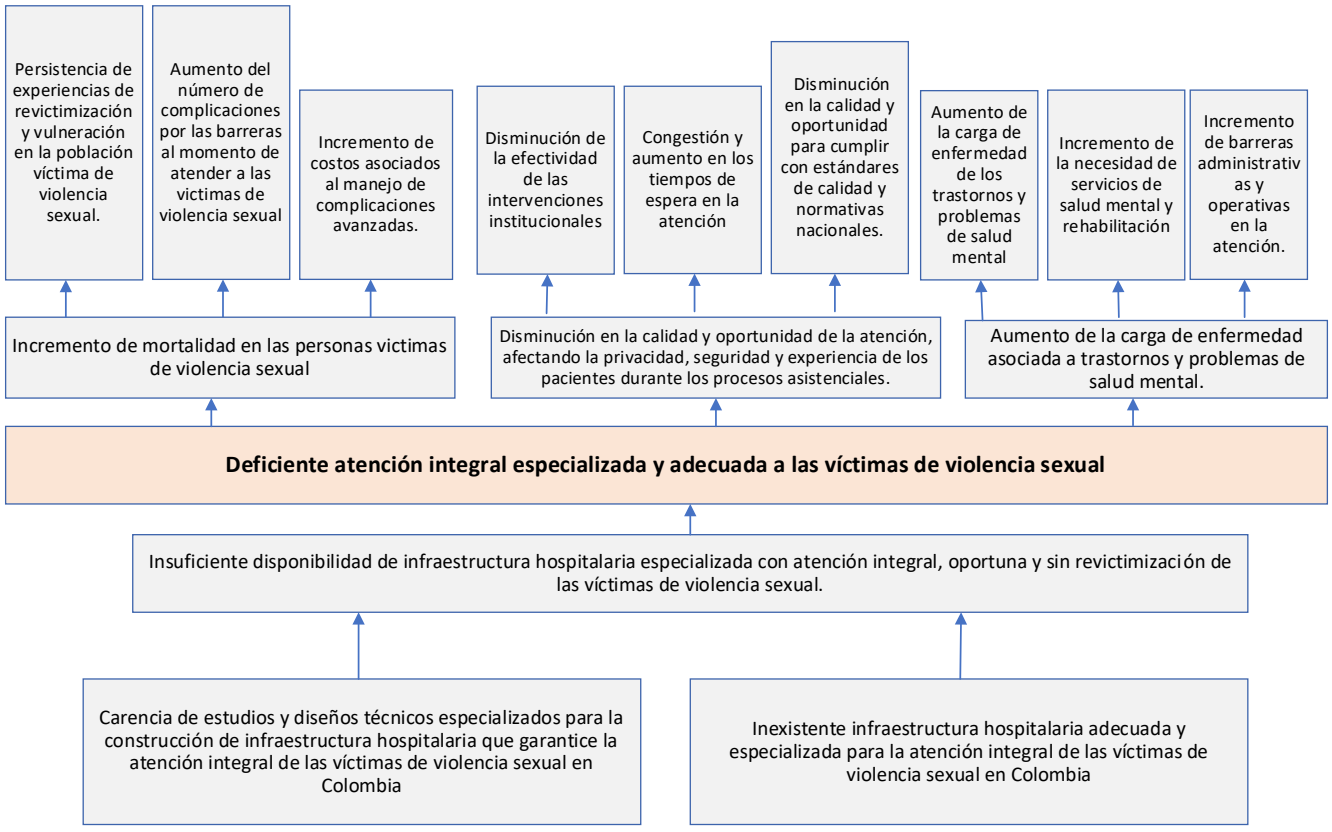



**Ilustración N° 5: Árbol de problemas**

## 7.2 Definición del problema

**Tabla N° 2: Definición del problema**

| | |
|---|---|
| **Problema central** | Deficiente atención integral especializada y adecuada a las víctimas de violencia sexual |
| **Descripción de la situación existente** | La oferta actual del Estado es insuficiente para dar cumplimiento a las medidas de reparación a las víctimas de la violencia por el conflicto armado y a pesar de que se han realizado importantes acciones en su prevención, atención y reparación, es importante considerar el modelo de justicia transicional restaurativa que se establece en contraposición al modelo de justicia retributiva. Este cambio supone un giro significativo en la forma en que se aborda la resolución de conflictos y la reparación del daño causado por delitos cometidos directa o indirectamente en el conflicto armado. Mientras que la justicia retributiva se centra en castigar al culpable, mediante la imposición de una pena proporcional al delito cometido, la justicia restaurativa busca restaurar no sólo el equilibrio y la armonía en la comunidad afectada, sino también el daño ocasionado a las víctimas del conflicto armado, involucrando a todas las partes afectadas en un proceso colaborativo y participativo.<br><br>La Paz Total implica cumplir con lo pactado en el Acuerdo de Paz para resolver las causas estructurales de la violencia, instaurar cambios culturales que erradiquen la violencia como herramienta de trámite de conflictos e impulsar ajustes institucionales que permitan instaurar la paz como política de Estado. Por lo anterior la oferta institucional actual en materia de reparación integral de las víctimas del conflicto armado es debe repensarse y acoplar modelos y mecanismos para atender con pertinencia sus necesidades y daños en términos holísticos de salud, educación, autonomía económica y restablecimiento de su agencia.<br><br>La Problemática central para resolver es la no atención de las consecuencias de la violencia sexual en la salud, y la dificultad para acceder a la justicia, la cual tiene impactos devastadores en las víctimas, sus familias y comunidades. Esta realidad global refleja la subvaloración y la tendencia a normalizar los ataques sexuales como prácticas culturales y no como delitos. Dado que, la mayoría de las víctimas son mujeres (84,73%) y niñas (84,04%), y que este delito se asocia al ámbito privado, las víctimas son estigmatizadas a través de la culpa y la vergüenza porque se les transfiere la responsabilidad de “provocar” o no “prevenir “el ataque sexual.<br><br>Las consecuencias inmediatas de la violencia sexual se reflejan en la salud física, emocional, sexual y reproductiva de las víctimas, que al no ser atendidas adecuadamente afectan otros ámbitos de su vida. Además, la |

| | |
|---|---|
| | impunidad profundiza el trauma vivido porque los procesos judiciales son lentos y revictimizantes; sumado a lo anterior, las víctimas no reciben atención de calidad porque no hay políticas públicas en salud especializadas para atender los daños que ocasiona este delito, los recursos son insuficientes, y los profesionales de la salud no tienen formación para el manejo informado del trauma, ni para el tratamiento de daños físicos, como las fístulas, o para prevenir impactos a largo plazo, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.. Los lugares en los que las víctimas de violencia sexual reciben atención en salud y en los que denuncian no son adecuados, con frecuencia se confunde la privacidad con precariedad y aislamiento. |
| **Magnitud – indicadores de línea de base** | En Colombia, la violencia sexual es un problema de salud pública, se realiza una vigilancia rutinaria y activa a través del Instituto Nacional de Salud, por la ficha de notificación Violencia de género e intrafamiliar y, ataques con agentes químicos; donde se observa que el delito sexual es la tercera (3) causa de violencia, con una tendencia al aumento desde el año 2021, pasando de una tasa de 45.1 por 100.000 habitantes para el año 2021, a una tasa de 70.0 por 100.000 habitantes para el año 2024; para una razón de tasas de 1.56 por 100.000 habitantes IC (1.07- 2.262) con valor 0,019 estadísticamente significativo. (Instituto Nacional de Salud 2024). Evidenciando un promedio al año 20.118 casos de violencia sexual, con un incremento anual constante del 3,52%; cada día se reportan al menos 65 casos, que ocurren mayoritariamente en lugares que deberían ser protectores: vivienda (78.33%) y centros educativos (3.92%). La mayoría de los victimarios son cercanos a las víctimas: un familiar (47,93%), un conocido (24,88%), la pareja o expareja (12,16%), un amigo (8,41%). Para el 2023, la responsabilidad de integrantes de las fuerzas armadas fue del 0,67%; de la policía 0,35%; de grupos armados ilegales 0,26% y de desmovilizados/reincorporados fue de 0,01%.<br><br>Aunque las guerras no se inventaron la violencia sexual, ésta es usada como mecanismo de terror para obtener control social y territorial, ratificando los privilegios masculinos que en contextos de conflicto armado se amplían y refuerzan con el uso de las armas. La violencia física extrema de los ataques sexuales junto con el silencio de las víctimas por las amenazas de los actores armados para que no denuncien ha contribuido a reforzar la poca atención a la violencia contra las mujeres, la persistencia de la impunidad y el incremento de los casos reportados, que ocurren tanto en los ámbitos privados como con ocasión del conflicto armado<br><br>En zonas de confrontación armada, los ataques sexuales de actores armados estimulan los ataques por parte de hombres que no pertenecen a estos grupos. |

| | |
|---|---|
| | Como lo evidencian las cifras, la violencia sexual es mayor por fuera de los conflictos armados: Para el 2024, en el Registro Único de Víctimas-RUV8 hay incluidas 42.250 víctimas de violencia sexual. El 90% son mujeres, el 1.8% población LGBTI, y el 7.9% hombres. Solo el 21% ha recibido indemnización administrativa y, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, solo 4.456 víctimas, es decir el 10%, han sido atendidas en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAVSIVI)9. Al igual que en la justicia, el sistema de salud también las revictimiza y refuerza en ellas los sentimientos de culpa y vergüenza, lo que las obliga a "acostumbrarse" a vivir con enfermedades y "deshabitando" su cuerpo.<br><br>Esta magnitud probablemente se encuentra subestimada debido al subregistro asociado al miedo a denunciar, la dependencia económica y emocional del agresor, la revictimización institucional y las barreras de acceso a los servicios de salud y justicia, especialmente en zonas rurales y en poblaciones históricamente vulneradas. La violencia sexual afecta de manera desproporcionada a niñas, niños, adolescentes y mujeres, consolidándose como una expresión estructural de desigualdad de género y de poder. Sus consecuencias trascienden el evento agudo, generando impactos severos y de largo plazo en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las víctimas, incluyendo embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, trastornos depresivos, ansiedad, ideación suicida y afectaciones al proyecto de vida. Asimismo, representa una carga significativa para el sistema de salud y para la sociedad, por los costos asociados a la atención médica, psicológica, judicial y a la pérdida de productividad. En este contexto, el aumento sostenido de las tasas y la ocurrencia del fenómeno en entornos considerados seguros evidencian la necesidad urgente de fortalecer las acciones de prevención, detección temprana, atención integral y protección efectiva de las víctimas, así como de reforzar los sistemas de vigilancia y respuesta intersectorial desde un enfoque de derechos humanos, género y curso de vida. |

**Tabla N° 3: Identificación del problema**

| CAUSA INDIRECTA | CAUSA DIRECTA | PROBLEMA CENTRAL | EFECTO DIRECTO | EFECTO INDIRECTO |
|---|---|---|---|---|
| Carencia de estudios y diseños técnicos especializados para la construcción de infraestructura hospitalaria que garantice la atención | Insuficiente disponibilidad de infraestructura hospitalaria especializada con atención | Deficiente atención integral especializada y adecuada a las víctimas de violencia sexual | Incremento de mortalidad en las personas víctimas de violencia sexual | Persistencia de experiencias de revictimización y vulneración en la población víctima de violencia sexual. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia | integral, oportuna y sin revictimización de las víctimas de violencia sexual. | | | Aumento del número de complicaciones por las barreras al momento de atender a las víctimas de violencia sexual |
| | | | | Incremento de costos asociados al manejo de complicaciones avanzadas. |
| Inexistente infraestructura hospitalaria adecuada y especializada para la atención integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia | | | Disminución en la calidad y oportunidad de la atención, afectando la privacidad, seguridad y experiencia de los pacientes durante los procesos asistenciales. | Disminución de la efectividad de las intervenciones institucionales |
| | | | | Congestión y aumento en los tiempos de espera en la atención |
| | | | | Disminución en la calidad y oportunidad para cumplir con estándares de calidad y normativas nacionales. |
| | | | Aumento de la carga de enfermedad asociada a trastornos y problemas de salud mental. | Aumento de la carga de enfermedad de los trastornos y problemas de salud mental |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Incremento de la necesidad de servicios de salud mental y rehabilitación |
| | | | | Incremento de barreras administrativas y operativas en la atención. |

Fuente: Este documento

### 7.3 Identificación de participantes

**Tabla N° 4: Identificación de participantes**

| ACTOR | ENTIDAD | POSICION | INTERESES O EXPECTATIVAS | CONTRIBUCIÓN O GESTIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Nacional | Ministerio de Salud y Protección Social MSPS | Cooperante | Gestión de recursos para la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital de la Paz que hará parte del Hospital San Juan de Dios. Aval técnico de los proyectos de infraestructura en salud y del modelo especializado de atención en salud. | Gestión |
| Nacional | Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil | Cooperante | Gestión del proceso precontractual y contractual para la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital de la Paz. | Gestión |
| Nacional | Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) | Cooperante | Aportar técnicamente y en acciones de articulación interinstitucional en los proyectos de reparación temprana e interlocución con | Contribución |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | las víctimas de violencia sexual, sus familias y comunidades. | |
| Nacional | Víctimas de violencia sexual, sus familias y comunidades | Beneficiario | Gozar de la garantía de derechos y velar porque el Hospital de la Paz incorpore las necesidades específicas de las víctimas de violencia sexual, sus familias y comunidades. Aportar insumos sobre las condiciones de atención en los territorios y generar diagnósticos participativos. Aportar mediante el diseño de propuestas legislativas y de política pública claves para la reparación transformadora a través de procesos de incidencia y empoderamiento. | Gestión |
| Otro | Cooperación internacional | Cooperante | Apoyar con recursos financieros, humanos, físicos y técnicos parala puesta en marcha del Hospital de la Paz. | Contribución |
| Nacional | Ministerio de Hacienda y Crédito Público | Cooperante | Apoya con los recursos financieros para financiar el proyecto. | Contribución |
| Municipal | Alcaldía de Cumaral, Meta | Cooperante | Aportar en cumplimiento de sus competencias para estructurar el desarrollo del proyecto. | Contribución |

Fuente: Elaboración Propia - Marco Lógico

### 7.4 Análisis de participantes

El proyecto del Hospital de la Paz, centro especializado de atención a víctimas de violencia sexual y salud materno infantil se construye a partir de la iniciativa de las víctimas de violencia sexual representantas por la Red de Mujeres Víctimas y Profesionales que, a partir de su diálogo permanente con la Unidad de Investigación y Acusación de la Jurisdicción Especial para la Paz, establecen como medida de reparación temprana la implementación, en Colombia, del modelo

de atención en salud del Hospital Panzi de la República Democrática del Congo.

A partir de esta relación, se conforma una alianza que involucra actores nacionales, territoriales, internacionales y población beneficiaria directa, cuyas funciones, intereses y aportes son complementarios y determinantes para la viabilidad técnica, financiera, jurídica y social del proyecto. La articulación entre estos actores responde a un enfoque de reparación temprana, centralidad de las víctimas y garantía de derechos, particularmente para víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.

La coordinación del proyecto se ha desarrollado de manera progresiva, interinstitucional y multinivel, con hitos clave que han permitido consolidar el Hospital de la Paz como una iniciativa estratégica de reparación temprana:

- ✓ 2019: La visita del Dr. Denis Mukwege a Colombia y su reunión con el expresidente Juan Manuel Santos marcó el punto de partida político y simbólico del proyecto, fortaleciendo la exigibilidad de las víctimas frente a la creación de un centro especializado como medida de reparación.
- ✓ 2023–2024: Firma de manifestaciones de interés entre entidades nacionales, territoriales y el Fondo Colombia en Paz para la identificación de predios y viabilidad del proyecto.
    - Instalación de mesas técnicas con administraciones municipales y departamentales para definir compromisos sobre suelo, plan parcial y condiciones urbanísticas.
    - Dificultades en Villavicencio relacionadas con la donación de predios y habilitación de servicios públicos, lo que generó retrasos y reconfiguración de la estrategia territorial.
- ✓ 2024: Gestión internacional para la consecución de apoyos técnicos y financieros, incluyendo la consolidación de la alianza entre la Red de Mujeres Víctimas y Profesionales y la Fundación Rockefeller y referentes internacionales en arquitectura y memoria.
    - Instalación pública del proyecto en el marco de eventos internacionales sobre justicia restaurativa y centralidad de las víctimas, consolidando respaldo político y sectorial.
    - Donación del predio de la Familia Quintero al Ministerio de Salud y Protección Social y definición de la ubicación del proyecto en Cumaral, Meta, como municipio receptor del proyecto, tras validar condiciones técnicas y jurídicas del predio.
- ✓ 2025: Formalización de la donación del terreno de 8 hectáreas al Ministerio de Salud y Protección Social.
    - Firma de escrituras, garantizando la seguridad jurídica del predio y habilitando el inicio de las fases de diseño, financiación y construcción.

En conjunto, la coordinación entre los actores evidencia la gestión de las víctimas de violencia sexual en cabeza de la Red de Mujeres Víctimas y Profesionales en el que el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidas de Investigación y Acusación de la JEP y la

cooperación internacional han sido determinantes para superar obstáculos territoriales y consolidar el Hospital de la Paz como un proyecto viable, legítimo y alineado con los objetivos de paz y reparación integral.

**Población afectada por el problema**

| Tipo de población | Número | Descripción | Fuente |
|---|---|---|---|
| Víctimas de violencia sexual, sus familias y sus comunidades | 502.943 personas | víctimas de violencia reportadas por Medicina legal desde 1999 hasta el 2023 sexual | Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población - Dirección técnica de Censos y Demografía (DCD). PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS (PPED). NACIONAL. PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR ÁREA GEOGRÁFICA SEGÚN SEXO Y EDADES SIMPLES, PERIODO 2018-2070. Actualizado el 18 de Julio de 2025. |

**Localización especifica del proyecto**

Cumaral es un municipio colombiano ubicado en el departamento del Meta, específicamente en la subregión del Piedemonte Llanero y se encuentra a unos 26 kilómetros al noreste de Villavicencio

- ✓ Posición Geográfica: Noroccidente del departamento del Meta.
- ✓ Coordenadas: 4° 16' 08'' latitud norte y 73° 28' 59'' longitud oeste.
- ✓ Altitud: Aproximadamente 452 metros sobre el nivel del mar.
- ✓ Límites:
  Norte: Departamento de Cundinamarca y el municipio de San Juanito.
  Sur y Occidente: Municipio de Restrepo.
  Este: Municipios de Puerto López y Cabuyaro.



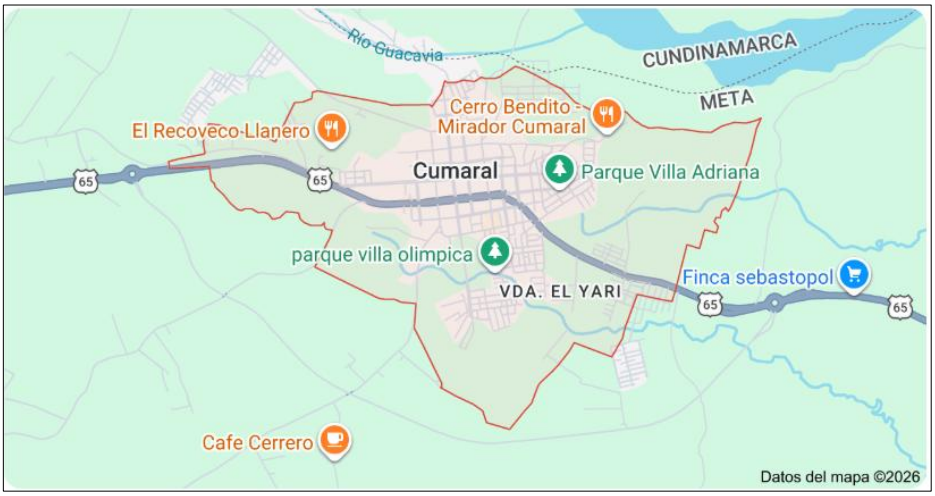



**Ilustración N° 6:** Mapa de ubicación geográfica –municipio de Cumaral.




**Ilustración N° 7:** Terreno donde se construirá el hospital de la Paz – Cumaral, Meta

| Región | Departamento | Municipio | Área | Resguardo | Localización especifica |
|---|---|---|---|---|---|
| Orinoquia | Meta | Cumaral | Urbana | - | Coordenada: 4°16’10”N 73°29’11”O |

Fuente: Este documento a partir de Información del proyecto.

**Población objetivo de la intervención**

La población beneficiada directamente, corresponde a las personas que son víctimas de violencia sexual identificadas y caracterizadas y que acceden o son remitidas a los servicios de salud y protección y que pueden ser atendidas por la infraestructura, el talento humano y los servicios fortalecidos mediante el proyecto, durante el periodo de ejecución.

| Tipo de población | Numero | Descripción | Fuente |
|---|---|---|---|
| Víctimas de violencia sexual identificadas y caracterizadas y que acceden o son remitidas a los servicios de salud y protección y que pueden ser atendidas por la infraestructura, el talento humano y los servicios fortalecidos mediante el proyecto, durante el periodo de ejecución. | 502.943 personas | víctimas de violencia reportadas por Medicina legal desde 1999 hasta el 2023 sexual | Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población - Dirección técnica de Censos y Demografía (DCD). PROYECCIONES DE POBLACIÓN Y ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS (PPED). NACIONAL. PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR ÁREA GEOGRÁFICA SEGÚN SEXO Y EDADES SIMPLES, PERIODO 2018-2070. Actualizado el 18 de Julio de 2025. |

| Región | Departamento | Municipio | Área | Resguardo | Localización especifica |
|---|---|---|---|---|---|
| Orinoquia | Meta | Cumaral | Urbana | - | Coordenada: 4°16’10”N 73°29’11”O |

**Características demográficas de la población objetivo**

La siguiente tabla, corresponde a la población víctima de violencia sexual colombiana proyectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) POR ÁREA GEOGRÁFICA SEGÚN SEXO Y EDADES SIMPLES, PERIODO 2018-2070 (Actualizado el 18 de Julio de 2025, para el año 2025).

**Tabla N° 7: Población afectada directamente desagregada por sexo**

| GRUPO ETAREO (ENFOQUE GENERACIONAL) | GENERO | | LOCALIZACION GEOGRAFICA | | GRUPO ETNICO | | | | | | | CONDICION | | SUBTOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MUJERES | HOMBRES | RURAL | URBANO | INDIGENA | AFRO | NEGRITUDES | RAIZAL | ROM | PALENQUERA | OTROS (ningún grupo) | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DISCAPACITADOS | |
| **0 - 5 AÑOS** | 2.173.283 | 2.285.192 | 1.314.458 | 3.144.017 | | | | | | | | 1.422.831 | | 4.458.475 |
| **6 - 13 AÑOS** | 3.144.245 | 3.301.214 | 1.882.254 | 4.563.205 | | | | | | | | 1.359.444 | | 6.445.459 |
| **14 - 28 AÑOS** | 6.527.662 | 6.705.670 | 3.317.946 | 9.915.386 | | | | | | | | 3.184.583 | | 13.233.332 |
| **29 - 59 AÑOS** | 10.821.212 | 10.188.343 | 4.513.180 | 16.496.375 | | | | | | | | 2.651.678 | | 21.009.555 |
| **60 En adelante** | 4.389.575 | 3.520.816 | 1.771.704 | 6.138.687 | | | | | | | | 477.128 | | 7.910.391 |
| TOTAL DE POBLACION DE REFERENCIA | 27.055.977 | 26.001.235 | 12.799.542 | 40.257.670 | 2.516.412 | 3.806.637 | | 31.560 | 3.165 | 8.378 | 46.744.457 | 9.095.665 | 2.647.000 | 53.057.212 |

# 8 OBJETIVOS

Una vez definida la situación actual, donde se identifica la problemática, sus causas y sus efectos, se plantea el escenario de la situación futura o deseada a lograr a partir de la ejecución del proyecto, para lo que se realiza la identificación de los objetivos que implica pensar en la situación ideal o deseada, ajustados también a la alternativa de solución seleccionada, es decir, la versión positiva del árbol de problemas, de esta forma se identificaron los siguientes objetivos:

**ÁRBOL DE PROBLEMAS**
**PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL DE LA PAZ PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CUMARAL"**

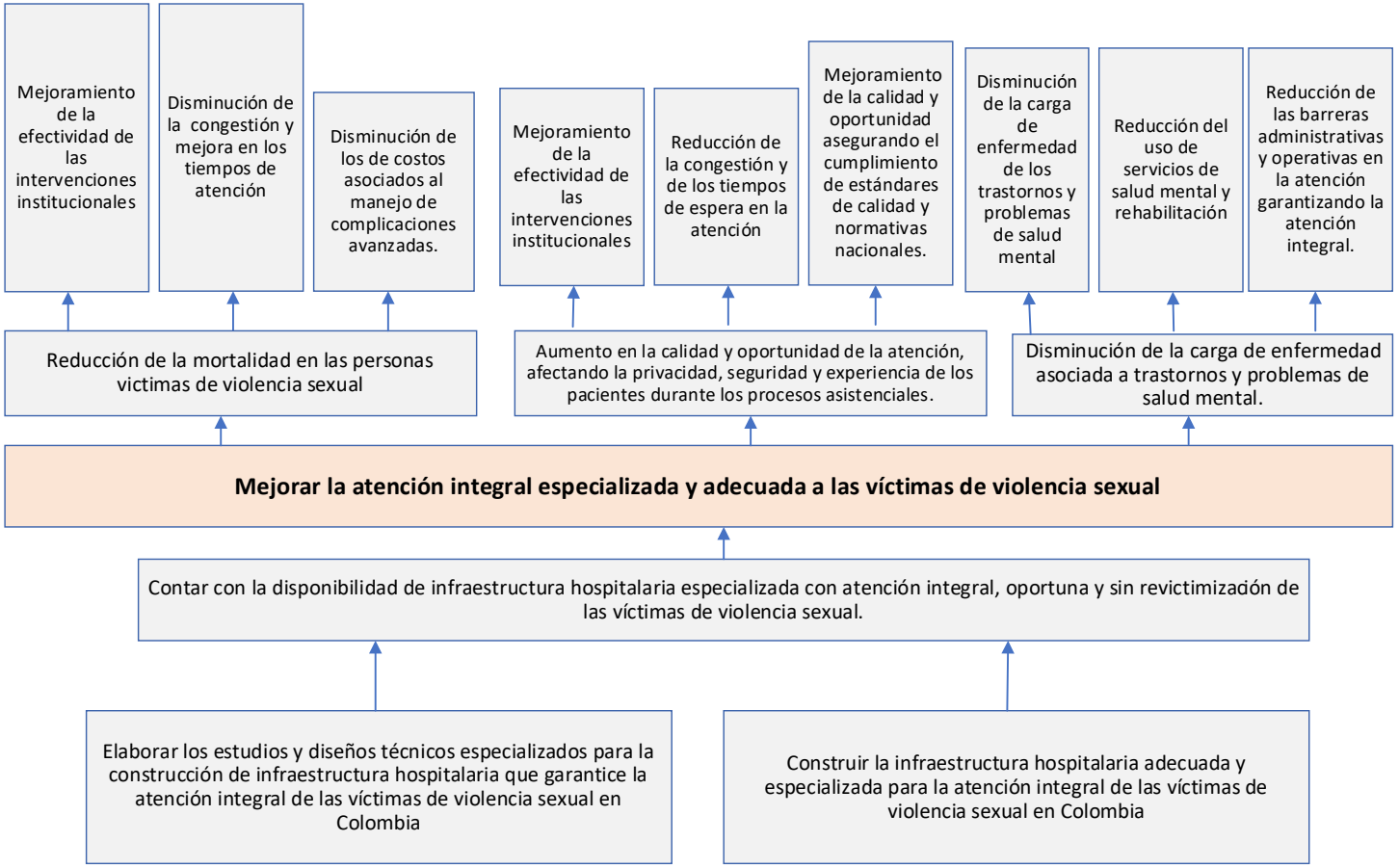



**Ilustración N° 7: Árbol de objetivos**
Fuente: Este documento

**Problema central:** Deficiente atención integral especializada y adecuada a las víctimas de violencia sexual

**Objetivo general:** Mejorar la atención integral especializada y adecuada a las víctimas de violencia sexual

### 8.1 Indicadores para medir el objetivo general

| Indicador objetivo | Descripción | Fuente de verificación |
|---|---|---|
| Victimas de violencia sexual beneficiarias | Unidad de medida: número de personas<br>Meta: 502.943<br>Línea Base: 0 | Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). |

### 8.2 Relaciones entre las causas y objetivos específicos

| Tipo de Causa | Causa relacionada | Objetivos específicos |
|---|---|---|
| Causa directa | Insuficiente disponibilidad de infraestructura hospitalaria especializada con atención integral, oportuna y sin revictimización de las víctimas de violencia sexual. | Contar con la disponibilidad de infraestructura hospitalaria especializada con atención integral, oportuna y sin revictimización de las víctimas de violencia sexual. |
| Causa indirecta | Carencia de estudios y diseños técnicos especializados para la construcción de infraestructura hospitalaria que garantice la atención integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia | Elaborar los estudios y diseños técnicos especializados para la construcción de infraestructura hospitalaria que garantice la atención integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia |
| Causa indirecta | Inexistente infraestructura hospitalaria adecuada y especializada para la atención integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia | Construir la infraestructura hospitalaria adecuada y especializada para la atención integral de las víctimas de violencia sexual en Colombia |

## 8.3 Alternativas de la solución

| Nombre de la alternativa | Se evaluará con esta herramienta | Estado |
|---|---|---|
| Construir el hospital de la paz para la atención integral a víctimas de violencia sexual y servicios de mediana complejidad en el municipio de Cumaral | SI | Completo |

### 8.3.1 Evaluaciones a realizar

| | |
|---|---|
| Rentabilidad: | SI |
| Costo - Eficiencia y Costo mínimo: | SI |
| Evaluación multicriterio | NO |

Construir el Hospital de la Paz, centro especializado en la atención integral del trauma físico, mental, social y jurídico por violencia sexual; referente nacional, que hará parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil HUSJDMI.
La alternativa se enmarca en construcción de iniciativas de medidas de reparación temprana establecidas en la interlocución de las víctimas con la Unidad de Investigación y Acusación. Implica la construcción de la infraestructura y la dotación del Hospital de la Paz en el municipio de Cumaral, Meta, como una respuesta integral frente a la necesidad de fortalecer la prestación integral de servicios de salud en la región de la Orinoquia y en el país y de reparar integralmente a las víctimas de violencia sexual. Este proyecto busca garantizar el acceso oportuno y de calidad a servicios especializados, con un énfasis en la atención integral de víctimas de violencia sexual, sus familias y comunidad contribuyendo a la reparación, protección y restablecimiento de sus derechos.

El desarrollo de esta infraestructura posibilita mejorar la capacidad instalada y la capacidad resolutiva del sistema de salud, mejorar la oportunidad, la continuidad, la integralidad, reducir los tiempos de atención y fortalecer la cobertura en servicios de mediana complejidad en una zona con inequidades en los servicios, además promueve la equidad en el acceso a servicios de salud para poblaciones vulnerables.

Las víctimas del conflicto armado requieren de atención especializada en salud que permita identificar y atender el trauma que genera cada uno de los delitos y que afectan la salud física, emocional, sexual y reproductiva, que tiene impactos en las capacidades cognitivas y las relaciones interpersonales, así como en su desempeño ciudadano. Lo que necesariamente implica implementar programas holísticos que atiendan simultáneamente las consecuencias e impactos de la violencia.

La metodología de desarrollo de los estudios y diseños y el proceso de construcción del hospital deberá mantener la aplicación del principio de centralidad de las víctimas, lo cual implica que las decisiones sean concertadas con ellas en todas las etapas y que se mantenga uso del arte como estrategia de dignificación de las víctimas de violencia sexual.

### 8.3.2 Localización de la alternativa

| Región | Departamento | Municipio | Área | Resguardo | Localización especifica |
|---|---|---|---|---|---|
| Orinoquia | Meta | Cumaral | Urbana | - | Coordenadas: 4°16’10”N 73°29’11”O |




**Ilustración N° 8:** Terreno donde se construirá el hospital de la Paz – Cumaral, Meta

CAPITULO II

# 9. PREPARACIÓN DE LA ALTERNATIVA

## 9.1 Estudio de necesidades

| OBJETIVO GENERAL | BIENES O SERVICIOS | DESCRIPCION DEL BIEN | SERIE HISTORICA | OFERTA/DEMANDA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## 9.2 Bien o servicio a entregar o demanda a satisfacer.

**Estudio de necesidades**

| Bien o servicio | Medido a través de | Descripción | Inicio Historia | Fin Historia | Último Año |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| ITEM | TIPO DE ANALISIS | AÑO | OFERTA | DEMANDA | DÉFICIT |
|---|---|---|---|---|---|
| SITUACIÓN SIN PROYECTO | HISTORICO | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SITUACIÓN SIN PROYECTO | PROYECTADO | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| ITEM | TIPO DE ANALISIS | AÑO | OFERTA | DEMANDA | DÉFICIT |
|---|---|---|---|---|---|
| SITUACIÓN SIN PROYECTO | HISTORICO | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| SITUACIÓN CON PROYECTO | PROYECTADO | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Fuente: Construcción propia a partir del diagnóstico general del proyecto

### 9.3 Análisis técnico de la alternativa

### 9.3.1 Resumen de la Alternativa

### 9.3.2 Localización de la alternativa

| Región | Departamento | Municipio | Área | Resguardo | Localización especifica |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Ilustración N°10: Mapa de localización del proyecto**

### 9.3.4 Factores analizados

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Aspectos administrativos y políticos | X | Cercanía a la población objetivo |
| X | Cercanía de fuentes de Abastecimiento | X | Comunicaciones |
| X | Disponibilidad de servicios públicos (agua, energía, otros) | | Costo y disponibilidad de terrenos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Estructura impositiva y legal | X | Disponibilidad y costo de mano de obra |
| | Impacto para la equidad de genero | X | Factores ambientales |
| X | Orden Público | X | Medios y costos de transporte |
| X | Topografía | X | Otros: incidencia de fenómenos naturales en el área de intervención |

## 9.5 Cadena de valor

### 9.5.1 Costo total de la alternativa

| OBJETIVO | PRODUCTO | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | COSTO: $ | ACTIVIDAD | COSTO: $ | UNIDAD DE MEDIDA: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 9.6 Riesgos

### 9.6.1 Análisis de riesgos

| NIVEL DE CLASIFICACIÓN | OBJETIVOS | TIPO DE RIESGO | DESCRIPCIÓN | PROBABILIDAD | IMPACTO | EFECTO | MEDIDAS DE MITIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Propósito (Objetivo General) | | | | | | | |
| Productos (componente) | | | | | | | |
| Productos (componente) | | | | | | | |
| Actividades | | | | | | | |
| Actividades | | | | | | | |

Fuente: Este documento

## 9.7 Ingresos y beneficios

La evaluación socioeconómica se realiza con el objetivo de identificar el aporte y contribución al bienestar socio económico del país. Para realizar la monetización de cambios generados asociados al bienestar de la población, se estiman los beneficios económicos en forma moderada, lo anterior con el fin de demostrar que aun en un escenario negativo, el proyecto es viable económicamente[1]. Para lo anterior se utilizó la siguiente información:

Método Utilizado para el Cálculo de Beneficios: Costos evitados o inducidos, este método se basa en el supuesto de que los consumidores otorgan una mayor ponderación al hecho de evitar un "gasto" por tiempo, insumos o desplazamientos para suplir o satisfacer una necesidad.[2]

### Ingresos

Describa los ingresos del proyecto y como se generan. Recuerde que la mayoría de los proyectos de inversión social, no generan ingresos sino rentabilidad social, la cual está representada e en los beneficios y no en los ingresos. .

**Tabla N° 1: Ingresos**

| TIPO | DESCRIPCIÓN | MEDIDO A TRAVÉS DE | BIEN PRODUCIDO |
|---|---|---|---|
| Elija un elemento. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Periodo** | **Cantidad** | **Valor Unitario** | **Valor Total** |
| 0 | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| n | | | |

Incluya más filas si es necesario y copie la tabla si existen más ingresos.

### 9.7.1 Beneficios

Para calcular los beneficios del proyecto por el método de **Costos Evitados o Inducidos,** con las causas y los efectos directos e indirectos identificados, podemos intuir cuales son los costos de transacción que tiene que incurrir la población si el proyecto no es llevado a cabo o los ingresos implícitos dentro del proyecto que esta población igualmente dejaría de percibir.

**Tabla N° 10: Beneficios**

| TIPO | DESCRIPCIÓN | MEDIDO A TRAVÉS DE | BIEN PRODUCIDO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Periodo** | **Cantidad** | **Valor Unitario** | **Valor Total** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 9.8 Depreciación de activos

Para este proyecto, no se contempla depreciación.

## CAPITULO III:

## 10 EVALUACIÓN

A continuación, se señalan los indicadores obtenidos a partir de la formulación en la Metodología General Ajustada (MGA), al realizar la evaluación Ex – ante, "…evaluación que se efectúa en el momento de la formulación y preparación del proyecto…"[3], lo anterior con el fin de identificar los beneficios generados por la alternativa seleccionada. En esta evaluación se analizan los siguientes indicadores: Indicadores de Rentabilidad: Valor Presente Neto – VPN,

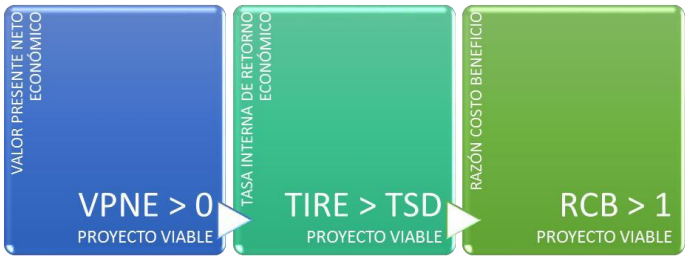
Tasa Interna de Retorno – TIR, Relación Costo Beneficio – B/C, Indicadores de Costo Mínimo: Valor presente de los Costos – VPC, Costo Anual Equivalente CAE.

Esta evaluación de acuerdo con la MGA (Metodología General Ajustada), se realiza desde el punto de vista financiero (inversión privada) y del social (Evaluación Económica y Social), utilizando una tasa de interés de oportunidad del 12%, Esta es la tasa que actualmente se está utilizando para el desarrollo de proyectos sociales de inversión y obedece a la tasa social de descuento TSD, establecida para las inversiones del Estado.

Sin embargo, desde la teoría de proyectos, los únicos indicadores válidos para determinar la viabilidad de proyectos de inversión los cuales no generan un ingreso derivado de un tasa, contribución o venta, serían los indicadores de Evaluación Económica, lo que implica que la decisión de viabilidad económica del proyecto se toma en función del Valor Presente Neto Económico, la Relación Costo Beneficio y la Tasa Interna de Retorno Económica.

**El valor presente neto económico:** Devuelve todos los valores de costos y beneficios al año cero y establece en términos netos si el proyecto genera beneficios para que la sociedad compense lo costos de la inversión y genere beneficios adicionales.

**La tasa interna de retorno económica:** devuelve el valor que renta un proyecto a partir de una inversión inicial (salida de dinero), se expresa en términos porcentuales y se analizar como el porcentaje de retribución de la inversión del proyecto.




Por lo anterior, teniendo en cuenta el cálculo de cada uno de los indicadores, con la información financiera del proyecto se obtiene lo siguiente:

El cálculo del VPNE; el proyecto arroja un valor positivo (+) que significa que al final del periodo del proyecto (30 años) maximizaría la inversión en $xxxxx a una tasa de descuento del xxxx % tendrá un incremento equivalente al valor del Valor Presente Neto, por tanto, el proyecto es favorable y se recomienda su ejecución de la alternativa seleccionada, puesto que rinde los mayores resultados para el bienestar de la comunidad beneficiaria en su conjunto, partiendo de la comparación de los beneficios logrados en términos de la disponibilidad de bienes y servicios y de los costos en los que se incurre por la utilización de los factores productivos durante un horizonte de tiempo del proyecto.

## 10.1 Flujo Económico para un horizonte de 30 años

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB del proyecto

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB del proyecto

### Flujo Económico para un horizonte de 5 años

| DETALLE | PERIODOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| + Beneficios e ingresos | | | | | | |
| + Créditos | | | | | | |
| - Costos de pre inversión | | | | | | |
| - Costos de inversión | | | | | | |
| - Costos de operación | | | | | | |
| - Amortización | | | | | | |
| - Intereses de los créditos | | | | | | |
| + Valor de salvamento | | | | | | |
| **Flujo neto de caja** | | | | | | |

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB del proyecto

## 10.2 Indicadores de Decisión

### Tabla N°11: Indicadores de Decisión – Evaluación Económica

| TIPO DE INDICADOR | INDICADORES | EVALUACIÓN ECONÓMICA O SOCIAL | |
|---|---|---|---|
| Indicadores de rentabilidad | VALOR PRESENTE NETO | VPN | |
| | TASA INTERNA DE RETORNO | TIR | |
| | RELACIÓN COSTO BENEFICIO | B/C ECONÓMICO | |
| Indicadores de costo eficiencia | COSTO POR BENEFICIARIO | | |
| Indicadores de costo mínimo | VALOR PRESENTE DE LOS COSTOS | VP | |
| | COSTO ANUAL EQUIVALENTE | CAE | |

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB del proyecto

## Decisión

Proyecto:Haga clic o pulse aquí para escribir texto.:

El cálculo del VPNE; el proyecto arroja un valor positivo (+) que significa que al final del periodo del proyecto (5 años) maximizaría la inversión en $ describa el VPNE. a una tasa de descuento del 12% o tendrá un incremento equivalente al valor del Valor Presente Neto, por tanto, el proyecto es favorable y se recomienda su ejecución de la alternativa seleccionada, puesto que rinde los mayores resultados para el bienestar de la comunidad beneficiaria en su conjunto, partiendo de la comparación de los beneficios logrados en términos de la disponibilidad de bienes y servicios y de los costos en los que se incurre por la utilización de los factores productivos durante un horizonte de tiempo del proyecto.

De otra parte, el proyecto refleja una Tasa Interna de Retorno que supera a la tasa utilizada para descontar el flujo neto, por tanto, desde el resultado de este indicador, se recomienda la alternativa puesto que presenta una generación social de riqueza dado que la retribución obtenida (Haga clic o pulse aquí para escribir el valor de la TIR. %) es superior a la Tasa Social de Descuento (12%).

## CAPITULO IV:
## 11. PROGRAMACIÓN

### 11.1 Indicadores de producto

**Objetivo: 1.** xxxxxxx

| N° | Productos | Indicador | Unida d de medida | Meta | Fórmula | Es acumulativo: | Período | Meta por periodo | Fuente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA - WEB

### 11.2 Indicadores de gestión

| No | INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | META | FÓRMULA | TIPO DE FUENTE | FUENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB

### 11.3 Fuentes de financiación

El proyecto será financiado xxxxxxx.

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB

## 11.4 Matriz de Marco Lógico

Fuente: Metodología General Ajustada - MGA -WEB

## 11.5 Cronograma de actividades y flujo financiero del proyecto

## 11.6 Presupuesto del proyecto