

Evaluación Externa del Diseño del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal Informe Final

Diciembre del 2014

Dra. Ana Esther Escalante Ferrer
Evaluadora

Contenido

I	Introducción.	3
II	Marco Teórico Conceptual.	7
	II.1. Política pública y Social.	
	II.2. Violencia de género a partir de la teoría de género.	
	II.3. Modelos de prevención y atención para la violencia de género en Sistemas de Salud.	
III	Metodología.	21
	III.1. Diseño Metodológico.	
	III.2. Aplicación Metodológica.	
IV	El programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal.	34
	V.1. Características generales del documento-programa.	
	V.2. Lógica del diseño e intencionalidad del programa y su modelo de atención.	
V	Resultados.	46
	V.1. Análisis documental referente al programa.	
	V.2. Análisis de la Normatividad que rige al programa y derechos sociales que garantiza.	
	V.3. Articulación entre objetivos, estrategias y acciones del programa y su alineación a los instrumentos de planeación nacionales y del Distrito Federal.	
	V.4. Contribución del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género al cumplimiento de los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación del Distrito Federal.	
	V.5. Análisis del diseño de las Reglas de Operación del PPAVG.	
	V.6. Análisis de la articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad del PPAVG con otros programas.	
	V.7. Análisis de datos de los instrumentos para atender especificaciones que la normatividad del PPAVG demanda.	
	V.8. Valoración de Indicadores de Resultados del programa.	
	V.9. Análisis de la congruencia entre normatividad y mecanismos de operación para determinar su armonización.	
VI	Conclusiones y Recomendaciones.	148
VII	Bibliografía/ Referencias.	160
VIII	Anexos. (electrónicos)	
IX	Colofón.	176

I. Introducción.

El tema de la violencia y en particular la violencia de género se ha convertido en un problema de salud pública, ya que los resultados de la violencia afectan la salud reproductiva, producen enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas e incluso la muerte. Por ello, es un tema prioritario para el gobierno federal y ha recibido particular atención por parte del gobierno del Distrito Federal. Por lo cual, este último ha implementado políticas públicas con enfoque transversal y multisectorial, cuyo propósito es atender de manera integral e inmediata a la población que vive en situación de violencia, sobre todo, para aquellos grupos con mayor vulnerabilidad, entre los que se encuentran los menores de edad, jóvenes, mujeres y adultos mayores. Para valorar la dimensión de la problemática el INEGI (1999) levantó una encuesta en el Distrito Federal en la que se encontró que en 98.4% de los hogares encuestados se vive violencia emocional, en 16% hay intimidaciones, en 11.5% se ha vivido violencia física y en 1.4% violencia sexual.

En el 2008 se aprueba la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia del Distrito Federal, que marca las directrices de atención y ordena la creación del modelo único de atención para esta entidad. En el Distrito Federal se brinda atención a personas en situación de violencia de género desde diversos programas e instituciones como: el Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar (CAVI), Unidades de Atención y Prevención a la Violencia Familiar (UAPVIF), Servicios Especializados para la Prevención y Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE), el Centro de Apoyo a Víctimas de Delito Violento (ADEVI), y el Sistema de Auxilio a Víctimas, conformado por:

- a) Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento (ADEVI),
- b) Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA),
- c) Centro de Atención a Riesgos Victimales y Adicciones (CARIVA),
- d) Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo Operativo (CIVA),
- e) Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)
- f) Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).
- g) Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

A partir de la política social del Distrito Federal, plasmadas en la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal (ALDF, 2000) y la Ley de Salud para el Distrito Federal (CDHCU, 1987), entre los diversos programas que se han establecido y que protegen y promueven los derechos sociales, la equidad, el desarrollo humano, los derechos humanos, la igualdad de género, así como la participación ciudadana; uno que trabaja con un enfoque social y de atención a la violencia de género es el Programa para la Prevención y Atención a la Violencia de Género (en adelante PPAVG), implementado por el Gobierno del Distrito Federal desde el año 2003, primero como plan estratégico y desde 2012 como programa social¹, siempre a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante SEDESA) y las unidades médicas que la componen.

El presente informe es el resultado de la evaluación al diseño del Programa en mención, solicitada por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (EVALUA), mismo que tiene a su cargo la evaluación externa de la política social de la administración del Distrito Federal y por ende de los programas sociales que ejecutan las Secretarías de gobierno del D. F.

La evaluación del diseño de programas de desarrollo social es recomendable realizarla durante el primer año de implementación de un programa. La información que brinda la evaluación de diseño permite tomar decisiones para mejorar la lógica interna del mismo, es decir, saber si su esquema actual contribuye a la solución del problema para el cual fue creado. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (en adelante CONEVAL), en términos de planeación, la evaluación de diseño ofrece información de los objetivos nacionales y sectoriales a los cuáles contribuyen cada uno de los programas y la relación que guardan con otros programas que buscan resolver

¹ Desde el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001 – 2006, el Gobierno del Distrito Federal se propuso “la integración funcional de todos los servicios de salud y [...] constituir, junto con el resto de las instituciones de salud, un sistema eficaz de urgencias para atender a las víctimas de los accidentes y violencias que funciona desde el 2002. De acuerdo con esto, el PPAVG tuvo como antecedente un plan estratégico con el mismo nombre y a partir de 2012 se convirtió en Programa Social como se evidencia a través de las reglas de operación correspondientes.

problemáticas afines (CONEVAL, 2004). En este sentido el Gobierno del Distrito Federal a través de EVALUA analiza la pertinencia, eficiencia y eficacia de los programas sociales para los habitantes de esta ciudad y su articulación con programas nacionales que atienden problemáticas comunes. Por lo anterior es comprensible que la evaluación del diseño del PPAVG provea de información de cómo la SEDESA decidió un acercamiento a la problemática a la que se dirige el programa.

Evaluar el diseño de un programa significa analizar si se justifica y fundamenta su existencia a partir de la problemática que atiende, la pertinencia sobre el abordaje de la misma, contrastado con el establecimiento de prioridades gubernamentales expresadas a través de las políticas de estado y de gobierno -en este caso del Distrito Federal- así como de la normatividad que de estas se derivan. También se toman en cuenta los aspectos metodológicos en su elaboración y de factibilidad operativa así como los resultados que ofrece.

Para llevar a cabo la evaluación, se contó con el apoyo y colaboración del Gobierno del Distrito Federal a través del personal de la Secretaría de Salud en especial de la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos y de las Unidades Médicas. También el apoyo dispensado por el Comité de Evaluación y Recomendaciones de EVALUA a través de la coordinación de esta evaluación, a quienes el equipo de trabajo agradecemos la confianza para el desarrollo de este proceso.

A partir de las especificaciones para los contenidos de la evaluación externa, es que se integra el presente documento en los siguientes apartados:

En el marco teórico-conceptual, se presentan las nociones sobre política pública y social, así como la definición de los principales conceptos que guían este proceso, como son la teoría y violencia de género de los cuales derivan los modelos de prevención y atención para la violencia de género en sistemas de salud.

El siguiente apartado corresponde al diseño y aplicación metodológica utilizados para llevar a cabo esta evaluación. En este, se describe el proceso del trabajo de gabinete para el diseño de instrumentos de acopio, sistematización y análisis de información tanto cualitativa como cuantitativa mediante la cual se obtuvieron los datos empíricos en el trabajo de campo que se presentan en este informe y paralelamente se realizó el análisis documental de normativas, modelos, y productos del PPAVG para proceder a una integración de los enfoques metodológicos con la triangulación de los datos disponibles.

Se dedicó un apartado para describir las características metodológicas generales del diseño del programa sujeto de esta evaluación, así como para presentar los fines, propósitos y objetivos recuperados a través de la utilización de la metodología de marco lógico (MML), para dirigir la organización de la información y analizar los hallazgos.

Los resultados se presentan respetando el orden de los contenidos de la evaluación solicitados en los términos de referencia, a excepción de lo relativo a las características generales del programa, mismas que se presentan en el apartado anteriormente mencionado. Se enlistan a continuación los elementos del apartado de Resultados: Análisis documental referente al programa; Normatividad que rige al programa así como definición de los derechos que garantiza; Objetivos, estrategias y acciones del programa y su alineación a los instrumentos de planeación nacionales y locales; Análisis del diseño de los Lineamientos y Mecanismos y las Reglas de Operación del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género; Análisis de la articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género respecto a otros programas; Análisis de la aplicación de instrumentos de captación de información que permita atender a las especificaciones que la normatividad del caso demanda; Valoración de la Matriz de Indicadores para Resultados del programa; Análisis de la congruencia entre la normatividad del programa, así como los mecanismos de operación para determinar sus niveles de armonización para facilitar su instrumentación.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones al diseño y elaboración del programa, la articulación de éste con los instrumentos de planeación y otros programas sociales, así como el cumplimiento de la normatividad en el marco de la política social del Distrito Federal.

II. Marco Teórico Conceptual.

En este apartado se presentan los conceptos de política pública, política social y derechos sociales como elementos analíticos, que conjuntamente con el andamiaje teórico, constituido por la teoría de género, la violencia de género y los modelos de prevención y atención para la violencia de género en los sistemas de salud, orientan la evaluación del diseño de un programa social. Lo anterior desde una perspectiva deductiva que parte de lo nacional para llegar al análisis de la política pública sobre violencia de género en el Distrito Federal.

II.1. Política pública y Social.

Es frecuente utilizar el término Estado como sinónimo de gobierno, no obstante, dichos conceptos no significan lo mismo. El Estado-nación está constituido por leyes que rigen la convivencia y el actuar no sólo de quienes viven en una delimitación territorial, sino de quienes tienen a su cargo el destino de un país, para el caso de México existen una división en tres instancias facultadas para realizar esas funciones las cuales son: el poder ejecutivo, el poder legislativo y el poder judicial. Como lo afirma Crespo (2006) los conceptos gobierno y Estado están estrechamente relacionados pero son distintos, los gobiernos se suceden uno a otro pero el Estado permanece, por una parte hablamos del Estado Mexicano y por otra, del gobierno o administración de un determinado período.

Los gobiernos, que por un tiempo legalmente establecido, asumen el control y el ejercicio de la autoridad con la finalidad de garantizar la seguridad de la población, preservar sus

bienes, tomar decisiones en beneficio de las mayorías y en apoyo de los más desprotegidos, hacer valer las normas que hagan posible la convivencia social de toda la población, guían su actuación basados en leyes ejecutadas a través de políticas, las cuales se identifican como públicas por ser de interés común para la ciudadanía.

El Estado, conformado por instituciones, es el encargado de establecer, formalizar e institucionalizar las reglas y normas de convivencia social entre los integrantes de una sociedad. Es producto y obra de los hombres y mujeres, se integra y configura a lo largo de un proceso histórico determinado por cada sociedad. El Estado es una institución social y política, que toma cuerpo a través de las instituciones, se desarrolla en un espacio geográfico delimitado, bajo un régimen jurídico orientado a lograr el bien común. En este informe se asume la definición de un Estado nacional como:

...la combinación de pueblo, gobierno y territorio. [...] Sin embargo, en términos políticos la noción de Estado tiene un significado diferente. Se refiere al conjunto de instituciones, es decir, organizaciones y reglas, donde se concentra la facultad para la toma de decisiones válidas para toda la comunidad (Crespo, 2006: 7).

Para lograr sus objetivos y cumplir con sus funciones, el gobierno a través de su poder ejecutivo, debe llevar a cabo la eficiente implementación de políticas públicas (en adelante PP), las cuales podemos definir como: acciones de gobierno que tienen como propósito realizar objetivos de interés público y que los alcanzan con eficacia y eficiencia. De acuerdo con Aguilar (2010: 29) dichas PP tienen "...una doble dimensión política y técnica, un componente normativo y un componente científico-técnico". Son acciones políticas en tanto están dirigidas a la satisfacción de demandas de los gobernados y de beneficio social de los mismos, pero también se sustentan en un razonamiento técnico con el fin de alcanzar de mejor manera los objetivos previstos y comprometidos en los planes de gobierno para cumplir con lo estipulado en la legislación nacional.

En este sentido las PP son identificadas como:

... conjunto de acciones intencionales y causales [...] que se definen por el tipo de interlocución que tiene lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía [...] que son decididas por las autoridades públicas legítimas y cuya decisión las convierte en públicas y legítimas [...] y que configuran un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad (Aguilar, 2010: 29).

Lo que hay que dejar claro es que toda PP tiene una intención y que no toda acción de gobierno es una PP, pero toda PP sí la genera un gobierno y con una intencionalidad. Las PP no son acciones eventuales, pasajeras, circunstanciales o emergentes, sus características fundamentales tienen que ver con su orientación hacia la resolución de problemas que aquejan a la sociedad por lo que poseen objetivos de interés y beneficio de toda la comunidad.

Para que una PP se haga realidad y atienda las necesidades para la cual fue diseñada, se requiere de la participación activa de la ciudadanía, interviniendo o legitimando dicha acción gubernamental. Su implementación, operación y evaluación está a cargo de las instancias de gobierno y de la sociedad civil, dentro de un marco normativo y procedimental que establece funciones, atribuciones y responsabilidades. Para Aguilar (2010), lo distintivo de las políticas de gobierno es: que integran un conjunto de acciones estructuradas, estables y sistemáticas que representan el modo en el cual el gobierno realiza de manera permanente y estable las funciones públicas y atiende los problemas públicos. Dicho de otra manera, lo específico y peculiar de la PP consiste en ser un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se producen en el tiempo de manera constante y coherente.

II.1.2. Política Social.

La estructura de gobierno está organizada por sectores que se denominan secretarías, cada una atiende problemáticas específicas y las políticas públicas que se diseñan para la atención de ciertas problemáticas le corresponde implementarlas a determinadas secretarías, en este apartado nos referiremos a las políticas sociales, las cuales atienden entre otros los problemas de la población los relativos a educación, salud, asistencia pública, seguridad social y vivienda.

La política social es conceptualizada por Viteri (2007: en línea) “como el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad”, Ceja (2004: 1) define a la política social como “la forma que por medio de estrategias y políticas concretas el Estado puede construir una sociedad cohesionada y equitativa”.

Maingnon (2004) por su parte señala, que existe una diversidad de definiciones de política social que presentan diferentes posiciones tomando en cuenta sus objetivos, extensión y límites; agrupándolas en atención a ello en dos tipos. Primero están las definiciones que la limitan a los programas de bienestar social y después a las políticas que sustentan o conforman dichos programas. De acuerdo con ello, “política social” hace referencia a un conjunto de medidas que contribuyen al mejoramiento de una situación determinada, por lo tanto son políticas cuyos objetivos son aminorar, atender, regular o eliminar una problemática social que afecta a uno o varios sectores de la población.

Desde el enfoque de atender problemáticas a sectores vulnerables, las políticas sociales asumen una perspectiva de equidad e integración social por lo que, la política social tiene como fin principal facilitar la convergencia entre los intereses individuales y los intereses comunes de una sociedad.

En síntesis, la función de la política social está orientada a reducir y eliminar la inequidad social, a través de programas y servicios dirigidos a la población que enfrentan una situación de vulnerabilidad de sus derechos sociales. Este concepto incluye todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda de la población, y también aquellas que afectan, en general, la redistribución y distribución del ingreso y las dirigidas a construir y conservar el capital social (Viteri, 2007). Es decir, garantiza el ejercicio de los derechos sociales.

II.1.3. Derechos Sociales.

Los derechos sociales en México se encuentran salvaguardados por la Constitución y corresponde a las instituciones de gobierno establecer las políticas, planes y programas que coadyuven en el cumplimiento de este mandato constitucional y derecho ciudadano.

El Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (s/f: en línea), expresa que los derechos sociales tienen “un carácter contingente, [...] estarían destinados a ciertos grupos particularmente vulnerables” y su relevancia consiste en “considerarlos como derechos a prestaciones de bienes o servicios, principalmente frente al Estado, que satisfacen las necesidades básicas que permitan a los individuos desarrollar sus propios planes de vida”.

Los orígenes de los derechos sociales en nuestro país devienen claramente de la noción de justicia, no obstante, es usual que se acepte que los derechos sociales dependen, en última instancia de los recursos económicos que designa el Estado para su cumplimiento, lo que se traduce en suponer que si no hay recursos, no hay derechos sociales. Sin embargo, la falta de prestación de los derechos sociales no siempre es una cuestión de escasez “sino de mala distribución”. Esta distribución es una responsabilidad de la política pública y del gobierno en turno, como quedó expresado en el apartado correspondiente. En cuanto al tema de la violencia y en particular de la violencia de género, los derechos

sociales de los mexicanos y mexicanas descansan en los derechos humanos y en la expectativa de una vida libre de violencia.

II.2. Violencia de género a partir de la teoría de género.

II.2.1. Conceptualización básica de la Teoría de género².

Desde hace más de seis décadas, la discusión de algunas problemáticas de las mujeres ha llevado a la construcción del término “género”, el cual ha transitado desde propuestas asociadas a los feminismos hasta llegar a formar parte del discurso para referirse a cuestiones sociales y culturales que ubican en lugares y roles específicos a hombres y mujeres.

En 1945 Simone de Beauvoir (1997), afirmó que no se nace mujer, sino que se llega a serlo. Mostró que las actitudes y reglas sociales entrenaban al ser humano, tomando como elemento de distinción-discriminación haber nacido con genitales femeninos, para comportarse de modo que correspondiera a lo que se llamaba “mujer”.

Posteriormente el término “género” apareció en las ciencias sociales a partir de que el investigador John Money (1955), acuñó la palabra rol de género para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres. Fue Robert Stoller (1968) quién estableció más nítidamente la diferencia conceptual entre sexo y género. Utilizó dicha aproximación para comprender los casos en los cuales no existía adecuación entre el sexo de una persona y la vivencia y desarrollo de su personalidad; construyó una serie de precisiones conceptuales y clínicas, que incluyen las siguientes tres divisiones: el sexo denomina la estructura biológica, la identidad de género es la percepción consciente e

² Los conceptos y autores citados en este apartado se toman del documento Teoría de género. Conceptualización básica del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado en: <http://inadi.gob.ar/promocion-y-desarrollo/publicaciones/documentos-tematicos/genero-y-discriminacion/teoria-de-genero/>

inconsciente de la pertenencia a un sexo y, el rol de género es el papel que se juega socialmente (Mercader, 1997).

En la década de los 70s del siglo XX, la antropóloga feminista Gayle Rubin (1986) a partir del análisis de instituciones (religiosas, y familia) observó una clara división de roles entre mujeres y varones, mismas que impactaban entre otros sectores a la economía, por sus implicaciones en una división sexual del trabajo derivado de cada uno de los sexos.

Después de debates académicos y sin que se trate de acuerdos finales, el concepto de género puede decirse que fue introducido formalmente a las ciencias sociales por la socióloga feminista Ann Oakley (1977) para diferenciar la construcción cultural sobre los sexos e investigar las relaciones de dominación sobre las mujeres en las instituciones sociales y la organización de la economía. Declaró que el sexo biológico es importante para determinar los papeles sociales que juega cada ser humano; que hay una división de trabajo en función de los sexos, a partir de la cual se asignará a los varones, principalmente, el trabajo relacionado con la proveeduría, y a las mujeres, se asigna el trabajo doméstico, reproductivo y la responsabilidad sobre el cuidado de la prole.

Así, este concepto es resultado de un proceso de construcción social, cuyo origen se relaciona con los ámbitos social y laboral, mediante los cuales se adjudican simbólicamente expectativas y valores que cada cultura atribuye a los hombres y a las mujeres. El género se diferencia del sexo, porque el primero es una construcción cultural, un aprendizaje, el resultado de un proceso de formación y socialización, en tanto que el sexo corresponde a las diferencias biológicas y físicas entre mujeres y hombres. En otras palabras, el género no proviene de la naturaleza, sino que se refiere a los roles socioculturales que mujeres y hombres practican en la vida cotidiana y que son adjudicados socialmente.

Con todo lo anterior se define al género como una construcción social, histórica y cultural, sobrepuesta a los cuerpos biológicos (mujer o varón), cuyo entrenamiento se logra a través de la educación familiar escolar y social temprana. Con esta perspectiva es posible analizar los dispositivos socio-culturales sexuados; como el lenguaje, los juegos, las reglas de convivencia así como las exclusiones de roles a varones y a mujeres.

Esto implica, interrogarse sobre ciertos aspectos de la manera como la cultura simboliza la diferencia sexual, iluminando las relaciones sociales entre los sexos. Este enfoque tiene fuerza y es validado en la medida en que reconoce el estatuto simbólico de la cultura y distingue entre el orden del *deber ser*, lo imaginario y lo real. Aquí el lenguaje tiene un papel fundamental debido a su rol para estructurar culturalmente a los sujetos y volverlos seres sociales.

Posteriormente y avanzando en la complejidad del concepto, Stromquist (2006: 15) aporta la noción de un sistema de género “como una construcción social y política de un sistema que crea diferencias entre hombres y mujeres simplemente en virtud del sexo”, que se manifiesta en tres niveles a saber:

- Estructural: apoyado por la división social del trabajo;
- Institucional: conformado por las normas y reglas que guían la distribución de recursos y las oportunidades disponibles a mujeres y hombres;
- Simbólico: constituye las concepciones, mentalidades y las representaciones colectivas de lo que socialmente implica la feminidad y la masculinidad.

Se instituye así un modelo binario, de premisas socioculturales, donde lo masculino es asociado inmediatamente a la negación de todo rasgo, valor o práctica vinculados con lo femenino. De esta forma, se comprende que la masculinidad se define a partir de la exclusión de ciertos valores y prácticas, entendidos como femeninos. La producción subjetiva de la masculinidad parte de la repetición estilizada de ciertos actos y, simultáneamente, de la operación de exclusión de la otredad, su afuera constitutivo. Lo

masculino, construido de manera relacional, produce su identidad y la estabiliza a partir de una serie de exclusiones.

Los varones, definidos morfológicamente como masculinos, están bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros varones, en este sentido, aparece la virilidad como sexualidad activa, la cual se va construyendo y reconociendo ante el encuentro y la mirada de otros varones que operan como examinadores sociales de una “verdadera masculinidad”; sin embargo, este proceso de legitimación homosocial está lleno de peligros, con riesgos de fracaso y con una competencia intensa e imparable que hace que el miedo a caer en el afuera (“dejar de ser macho”) sea la emoción que moviliza cada gesto, práctica o palabra en el recorrido de “hacerse varones”. De esta manera, la violencia va a aparecer allí, como una de las formas más destacadas de validación de la masculinidad hegemónica producto de patrones socioculturales que en el *deber ser* y el imaginario simbólico es la manifestación de lo masculino.

En este sentido, hacer valer la identidad masculina en el marco de la hegemonía es convencer y convencerse que no se es homosexual y que no se es mujer (Fuller, 1997; Kimmel, 1997; Abarca, 2000).

La violencia, desde una perspectiva sociocultural, nos invita a reflexionar más allá del paradigma víctima/victimario (sin negar la existencia del hecho violento o la responsabilidad de quien ejerce la violencia) y de la figura del varón violento como figura excepcional o por fuera del orden de lo social. Entender el fenómeno de la violencia –y, en especial, la violencia hacia las mujeres– como estructurante del modo como se construyen los varones en las sociedades actuales, implica que pensemos la lucha por su erradicación no sólo con políticas sancionatorias, sino fundamentalmente a través de la creación de dispositivos educativos, para hombres y mujeres, que construyan imágenes, representaciones, corporalidades y rituales vinculados a la masculinidad/feminidad, que sean diversos y que no se establezcan en relaciones por ejemplo de: fortaleza-debilidad,

insensibilidad-emocionalidad, control-sumisión, mismos que favorecen ambientes y conductas de violencia.

II.2.2. Violencia de Género.

La violencia es una violación de los derechos universales y sociales y es una problemática multidimensional que afecta el desarrollo social y la salud de los seres humanos. El Informe Mundial sobre violencia, concluye que “el siglo XX fue uno de los periodos más violentos de la historia de la Humanidad. Se calcula que 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de un conflicto” (OMS, 2002: 25). Por ello, es insoslayable la magnitud que representa la problemática de la violencia interpersonal y colectiva, de tal manera que es necesario proponer mecanismos y estrategias para su reducción. Entre tales estrategias se considera a la seguridad pública misma que implica que los ciudadanos de una misma región puedan convivir en armonía, con respeto a los derechos individuales, donde el Estado es el garante de evitar alteraciones del orden social. Otra perspectiva es la de la salud pública, ya que se pone en juego la salud física y emocional de las personas ocasionando daños impredecibles en aspectos sociales, económicos y personales.

Una de las manifestaciones de la violencia interpersonal es la violencia contra las mujeres, que como se mencionó anteriormente tiene su origen en el establecimiento de patrones socioculturales que ocasionan desigualdad y discriminación principalmente en contra de las mujeres y echa raíz en las relaciones asimétricas de poder que prevalecen entre mujeres y hombres, acentuadas por las condiciones de género imperantes.

Las mujeres mexicanas han vivido la violencia en distintas formas y modalidades, entre las que se encuentran la física, la psicológica y la patrimonial, teniendo repercusiones múltiples, tales como, secuelas en la motricidad, fertilidad y emocional (depresión), en diversas áreas de su vida (familiar, laboral y sexual), presentando consecuencias

impredecibles, durante periodos indeterminados que rebasan el momento en que la agresión fue perpetrada. La violencia atenta contra la integridad y dignidad de los seres humanos y representa una violación a sus derechos individuales y sociales así como contra su desarrollo humano, por esta razón su atención ha sido una prioridad para el Gobierno Mexicano y particularmente para el Gobierno del Distrito Federal.

Para disminuir el impacto y secuelas de la violencia en la vida de las personas es necesario transitar a la comprensión de las causas entre las que se cuentan las teorizadas desde la perspectiva de género descrita anteriormente.

La interpretación que social e institucionalmente se ha dado a la violencia de género, ha sido entendida como violencia hacia las mujeres constituyéndose esta orientación como clave cultural para su atención; remitiendo necesariamente a los patrones masculinos como trasfondo ideológico sobre el que se sostiene la sociedad patriarcal, manifestado principalmente a través del maltrato físico y el abuso verbal, presentándose en todos los aspectos de la vida cotidiana de mujeres y hombres, de tal suerte que revela un juego de poder: el deseo de los hombres por controlar a “sus” mujeres en todas las áreas de su vida, emocional, intelectual, sexual, laboral y política, tal y como lo dice Marina Castañeda, ellos son los sujetos, ellas los objetos al servicio de las necesidades y deseos de los varones. La violencia de género contra las mujeres es el mecanismo a través del cual se perpetúa la dominación del hombre sobre la mujer y la desigualdad de género (Castañeda, 2007).

La violencia de género es la que se ejerce de un sexo sobre otro y si bien la incidencia de este fenómeno es mayoritariamente ejercida de los varones sobre las mujeres también se encuentra de mujeres hacia hombres y su incidencia está bajo estudio, particularmente ante las condiciones económicas actuales que despojan al hombre de sus patrones de virilidad ante la pérdida del poder de la proveeduría.

II.3. Modelos de Prevención y Atención para la violencia de género en Sistemas de Salud.

Los Modelos en sentido amplio son representaciones de una zona restringida y específica de la realidad, el concepto de modelo implica entonces, una visualización prefigurada conceptualmente, o elaborada a partir de la realidad y con un objetivo y orientación filosófica.

En el marco de las políticas sociales, los modelos de prevención se orientan a procurar el desarrollo humano que significa promover la expansión de las capacidades del ser humano para optar por objetivos que se estiman valiosos (Sen, 1999).

Estos modelos se implementan en los servicios para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la violencia de género, los cuales proponen que los usuarios reciban servicios integrales para la atención de la problemática que enfrentan y que deben realizarse de manera articulada entre las diversas secretarías de gobierno e instituciones facultadas para ello. Ejemplo de esto, en el año 2003, en el ámbito de la salud se implementó el Programa Mujer y Salud el cual brindó la oportunidad en el ámbito federal, para el diseño del Modelo Integral de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres; abarcando acciones de organización, coordinación, capacitación, unidades especializadas, campañas de medios e investigación, este programa integró a los centros *Salud Y Género Unidad Especializada (SYGUE)*. Dada la magnitud y trascendencia de este problemática social, el interés de las autoridades gubernamentales y de salud es notorio, por lo que la implementación de programas como el referido se multiplicó en las demás entidades federativas teniendo una amplia acogida en las políticas sociales del Distrito Federal.

De acuerdo a la normatividad que rige la prevención y atención de la violencia, los modelos de prevención, son un conjunto de servicios integrales que se proporcionan tanto

a las mujeres (agredidas) como a los agresores, la finalidad que se persigue es disminuir el impacto de la violencia, de acuerdo con la política nacional integral, los principios rectores y los ejes de acción. En concordancia con lo anterior, un modelo de prevención de la violencia de género incluye estrategias eficaces de rehabilitación y capacitación que permitan a las mujeres participar plenamente en la vida pública, privada y social. Los programas deben diseñarse en atención a las necesidades y los derechos en materia de salud, educación, trabajo y acceso a la justicia de las mujeres y de ser posible con apoyos presupuestales. (IIJ, 2011)

Las estrategias que se describen en los modelos deben abarcar la atención en sus tres niveles: inmediata y de primer contacto; básica y general y especializada. Así por ejemplo, el Modelo de Prevención en el marco jurídico nacional, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia, (DOF, 2007) deben cumplir con tres objetivos:

- Anticipar y evitar la generación de la violencia en todas sus modalidades previstas por la Ley;
- Detectar en forma oportuna los posibles o eventos de violencia de género contra las mujeres, y
- Disminuir el número de víctimas, mediante acciones disuasivas que desalienten la violencia.

En la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (2008), en su Artículo 31 consigna que “Con el fin de proporcionar una efectiva atención a la violencia contra las mujeres, se actuará a partir de un Modelo Único de Atención, para garantizar que las intervenciones en cada ámbito de la violencia correspondan a una base conceptual y un conjunto de lineamientos de coordinación que impidan la fragmentación de la acción de las dependencias y entidades”.

En síntesis, la prevención y atención de la violencia de género deviene de una construcción conceptual sobre la violencia, misma que ha sido posible debido a los esfuerzos internacionales, nacionales y locales, los cuales han derivado en políticas públicas que proporcionan elementos para el desarrollo de modelos contextualizados que permiten atender esta problemática de salud pública.

III. Metodología.

La violencia es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como todo acto que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (ONU: 1994). La violencia de género es una problemática multidimensional que por sus tipos y modalidades ha sido considerada un problema de salud pública ya que atenta contra la seguridad de las personas y la paz pública. La población con mayor vulnerabilidad son las mujeres, niños y niñas, jóvenes y adultos mayores, por lo que para su atención se han diseñado políticas públicas de aplicación multisectorial a través de las cuales se implementan programas, proyectos y líneas de trabajo con el propósito de prevenir y atender esta problemática.

Las políticas de gobierno, en tanto políticas públicas, tienen su fundamento en la normatividad nacional y local así como en los tratados, conferencia y acuerdos internacionales de los que México forma parte. Para su aplicación se establecen en los documentos de planeación nacional, sectorial y local, y son instrumentadas por las instituciones de gobierno en su esfera de competencia.

Las políticas sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (GR, 2013) y el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (GDF, 2014^a) están dirigidas a transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, en la cual se ejerzan de manera efectiva los derechos sociales y humanos. Tales políticas se instrumentan a través de programas específicos como es el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género (en adelante PPAVG) que tienen a su cargo, la Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, teniendo como instancia operativa a la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial y a las Unidades Médicas del D.F. (Centros de Salud y Hospitales) con el propósito de contribuir

en el desarrollo de una sociedad libre de violencia, mediante la disminución de los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por la violencia de género en las mujeres del Distrito Federal.

III.1. Diseño Metodológico.

Con la finalidad de evaluar de manera externa el PPAVG, a partir de su diseño, se plantearon las siguientes interrogantes:

- ¿Existe congruencia entre el programa y los objetivos de la política social establecidos en la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal?
- ¿Existe congruencia entre el programa y los principios de la política de desarrollo social establecidos en la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal?
- ¿En qué medida son internamente consistentes para alcanzar los fines propuestos?
- ¿En qué medida son eficaces y eficientes para alcanzar los fines propuestos?

Derivado de lo anterior el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal planteó, en los términos de referencia de la Evaluación externa del diseño del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género los siguientes objetivos:

Objetivo general

Evaluar el diseño del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género para identificar el grado de congruencia entre el programa y los objetivos y principios de la política de desarrollo social, establecidos en la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal y determinar en qué medida son internamente consistentes, eficaces y eficientes para alcanzar los fines que se proponen en pro del bienestar objetivo y el goce efectivo de los derechos.

Objetivos específicos

- Analizar la justificación de la existencia del programa y su atención a problemáticas identificadas.
- Evaluar la articulación del programa con los instrumentos de planeación nacional, local y sectorial del desarrollo social.

- Evaluar el cumplimiento de la normatividad a partir del diseño del programa.
- Identificar sinergias, complementariedades y/o coincidencias con otras acciones y programas sociales implementados en el Distrito Federal.

El diseño metodológico tuvo como punto de partida el cumplimiento de dichos objetivos establecidos en el documento denominado: términos de referencia para la evaluación externa del diseño del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal, emitido por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal a través de la Dirección General JUD de enlace administrativo. También incorpora los contenidos determinados para la evaluación, los productos a entregar así como informes intermedio y final.

La Tabla 1, muestra el diseño metodológico a partir de la integración de los objetivos (general y específico), los cuales han sido desagregados de manera operacional, de tal manera que se puedan traducir en contenidos de la evaluación con los respectivos documentos-fuente utilizados para su cumplimiento.

III.2. Aplicación Metodológica.

Para la aplicación metodológica se contó con información proporcionada por la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SEDESA), instancia designada por la Secretaría en mención, como enlace institucional para proveer de información documental y llevar a cabo acciones de gestión en la realización del trabajo de campo. La información solicitada y recibida se puede consultar en el Anexo 1.

Otra de las fuentes de información fue la consulta directa al Sistema de Información de la SEDESA (evaluaciones realizadas al programa, informes mensuales y generales de avances

2014), así como la consulta en páginas web de información oficial como son el Diario Oficial del Federación y la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Tabla 1. METODOLOGÍA GENERAL PARA LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PPAVG 2014.

OBJETIVO GENERAL (DESAGREGADO)	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN	DOCUMENTOS UTILIZADOS
Congruencia entre el programa y los objetivos y principios de la política de desarrollo social establecidos en la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal	Evaluar la congruencia entre el programa y la política de desarrollo social del D.F.	Revisión y análisis de los objetivos, estrategias y acciones del programa	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) (SEDESA, 2014f) Reglas de operación del PPVG 2014. (SEDESA, 2014g)
		Revisión y análisis de los objetivos y principios de la Ley de Desarrollo Social para el D. F.	Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal. (ALDF, 2000)
	Evaluar la articulación del programa con los instrumentos de planeación nacional, local y sectorial del desarrollo social	Revisión y análisis de los objetivos, estrategias y acciones del programa	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) (SEDESA, 2014f) Reglas de operación del PPVG 2014. (SEDESA, 2014g)
		Revisión y análisis de la alineación del programa a los instrumentos de planeación nacionales y locales	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) (SEDESA, 2014f) Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. (GR, 2013), Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. (SEDESOL, 2013), Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018. (GDF, 2014 ^a), Programa Sectorial de Desarrollo Social del Distrito Federal 2013-2018. (SEDESOL, 2013)
	Evaluar el cumplimiento de la normatividad a partir del diseño del programa	Revisión y análisis de la normatividad internacional, federal y local que rige al programa	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) Normatividad internacional, federal y local
		Revisión y análisis de los derechos sociales que garantiza el programa	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) Normatividad internacional, federal y local
	Evaluar la congruencia entre la normatividad y los mecanismos de operación del PPAVG	Revisión y análisis del diseño de los lineamientos y Mecanismos y las Reglas de Operación del PPAVG	Lineamientos y mecanismos de operación del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG)
		Revisión y análisis de las Reglas de Operación del PPAVG	Reglas de Operación del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG)

Consistencia interna para alcanzar los fines establecidos en los objetivos y principios de la política de desarrollo social	Evaluar la consistencia interna del programa con los fines de la política de desarrollo social del D.F.	Revisión y análisis de los fines de la política de desarrollo social (en objetivos y principios)	Ley de Desarrollo Social para el D.F. (ALDF, 2000)
	Identificar sinergias, complementariedades y/o coincidencias con otras acciones y programas sociales implementados en el D.F.	Revisión y análisis de los objetivos, estrategias y acciones del programa	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG)
Determinar en qué medida son internamente eficaces y eficientes para alcanzar los fines de los derechos ciudadanos	Factibilidad interna para ser eficaces y alcanzar los fines que se proponen	Revisión y análisis del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género respecto a otros programas de nivel local.	Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género 2014 (PPAVG) Otros programas relativos a la prevención y atención de la violencia de género en el Distrito Federal.
	Factibilidad interna para ser eficientes y alcanzar los fines que se proponen	Revisión y análisis de información cualitativa y cuantitativa del PPAVG	Cédula de recopilación de información cuantitativa Entrevistas e informantes clave
		Revisión y análisis de información cualitativa y cuantitativa del PPAVG	Cédula de recopilación de información cuantitativa Entrevistas e informantes clave

Fuente: Elaboración propia con base en los términos de referencia de la evaluación solicitada.

El acercamiento a la lógica de construcción e intencionalidad del PPAVG se realizó a través de la Metodología de Marco Lógico (MML), mediante la elaboración de lo que se denomina “resumen narrativo”, en el cual se recuperaron, del *documento-programa 2014* los fines, propósitos, componentes y actividades del programa así como los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos mismo que se presenta en el apartado V, de este informe.

La evaluación tiene su énfasis en el diseño del PPAVG para lo cual se realizó el análisis del *documento- programa 2014* (SEDESA, 2014f) a partir de: a) la justificación del programa para la atención a la problemática identificada b) el cumplimiento de la normatividad para la atención del problema, c) la integración de la política de desarrollo social planteada en los instrumentos de planeación nacional y especialmente a nivel del Distrito Federal, d) el apego a la metodología establecida para el diseño de programas y, e) el sistema de evaluación propuesto para determinar la eficiencia y eficacia del mismo.

En la metodología se respetaron los objetivos y términos de referencia solicitados en la evaluación y es por ello se plantea la evaluación desde un abordaje metodológico cualitativo y cuantitativo.

De acuerdo con Albert (2007), el enfoque cuantitativo se basa en el positivismo lógico con una perspectiva hipotética deductiva, con datos sólidos, los cuales se realizan sobre las metas del programa con base en el diseño del documento programa. Este enfoque utiliza la correlación y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación con miras a establecer patrones de comportamiento en una población. Cabe reiterar que los datos cuantitativos se procesan mediante análisis estadístico y ello implica adoptar una perspectiva analítica y deductiva. El enfoque cuantitativo corresponde a una mirada deductiva, es el comprensivo-aplicativo que llamamos así porque con él se busca lograr la comprensión de lo que sucede a fin de que eso sirva para una acción de mejora inmediata, en esta evaluación se solicitó y se rastreó la información cuantitativa, la cual como se muestra en los resultados presenta inconsistencias.

El enfoque cualitativo, mismo que es el que orientó el trabajo de campo en las unidades médicas, se basa en la fenomenología, en la observación naturalista, se fundamenta en la realidad, su alcance es exploratorio e inductivo sin miras a la generalización, su propósito consiste en reconstruir la realidad como la observan los actores, es por ello que se utilizan datos cuantitativos para caracterizar a los actores involucrados en la recogida de datos. A este enfoque se le llama holístico porque considera el todo y no la reducción a alguna de las partes. Las unidades visitadas responden a este enfoque y lo que se buscó es que quedaran representados hospitales generales, hospitales pediátricos, hospitales materno-infantiles y centros de salud, así como las delegaciones que cuentan con mayor densidad de población en el Distrito Federal.

En sentido amplio, las preguntas de investigación corresponden a los objetivos, los cuales como se observa en la tabla 1. Consideran la revisión y análisis de información cualitativa

y cuantitativa del PPAVG, como contenido de la Evaluación (objetivo específico denominado Factibilidad interna para ser eficaces y alcanzar los fines que se propone el PPAVG) y del Objetivo General encaminado a determinar en qué medida son internamente eficaces y eficientes para alcanzar los fines de los derechos ciudadanos. De ahí que sea importante conocer la información que sobre el diseño del programa poseen los trabajadores de las unidades médicas.

Cada vez es más frecuente que en la investigación social se combine el tratamiento de datos cualitativos con datos cuantitativos, aunque en distinta proporción. Con base en lo anterior, y en función de que esta evaluación se realiza sobre el diseño y no la operación del PPAVG, se decidió que para el trabajo de campo, se utilizaría un modelo epistémico de corte inductivo. Por la forma en la que se trabajan los datos la aproximación es interpretativa y reconstructiva.

En los modos epistémicos que privilegian el trabajo con datos cualitativos, apoyados en datos cuantitativos de caracterización de los actores involucrados, de aquellos en los que se trabaja básicamente con datos cuantitativos, la pretensión de validez es reconocer el acontecimiento, que en el caso de la evaluación reportada se refiere al conocimiento que el personal de las unidades médicas tiene sobre el diseño del PPAVG. Un acontecimiento se aborda desde una perspectiva holística la cual busca mostrar la realidad social y cultural vista por los propios actores inmersos en ella. Se trata de comprender o recrear escenarios, grupos sociales o conjuntos de interacciones dando cuenta de la complejidad de los mismos. Con esta mirada holística lo complejo se deja “intacto”.

Como bien dicen Goetz y Lecompte (1984), una investigación inductiva empieza con la recogida de datos, para pasar de ahí a encontrar relaciones, gracias a las cuales se construyen categorías y proposiciones teóricas, ahí radica su sentido de validez. Algo que resulta relevante en esta distinción es que el modo de proceder deductivo (propio de los datos cuantitativos) conduce a encontrar datos que corroboran una teoría, mientras que

el modo de proceder inductivo conduce a descubrir teoría (Strauss, 1987), en este caso, la teoría adjetiva es recabar la representación del espíritu del PPAVG desde los responsables del programa y de las psicólogas adscritas a los SEPAVIGES. Esta forma de análisis del proceso social se conoce como Teoría Fundamentada (Corbin y Strauss, 2002), en ésta el método de recolección de datos se lleva a cabo hasta que se alcanza desde el muestreo teórico la saturación teórica, lo cual ocurre cuando la información recopilada no aporta datos nuevos al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis, por lo tanto, no se diseña a priori una muestra representativa estadísticamente hablando. Cabe agregar que quienes trabajan deductivamente, suelen partir de un marco teórico, mientras que en esta evaluación, el trabajo de campo se realizó inductivamente; tratando de reconstruir la información desde una forma de proceder analítica que requiere de un momento de síntesis, el cual da como resultado una totalidad reconstruida en la que se estructuran los elementos y relaciones obtenidos mediante el análisis llamado “interpretativo”.

Lo dicho por los actores puede ser tratado como mensaje o como acontecimiento. El lenguaje se trabaja como mensaje cuando se considera que el actor y el investigador son interlocutores en un acto de comunicación en el que cada uno atiende a lo que el otro quiere decir. En cambio, tratar al lenguaje como acontecimiento significa atender a lo que se dice y se hace con el lenguaje.

Para ello, quien investiga adopta una mirada objetivante en relación con el discurso del actor. Mientras que la primera forma de tratamiento es la más adecuada cuando se trata de que los actores se involucren en el cambio, la mirada objetivante sobre el discurso es más adecuada cuando se trata de descubrir los implícitos de lo que se dice y las relaciones de poder que subyacen a los actos de habla cuando éstos no tienen una intención comunicativa.

Los modos epistémicos que aprovechamos aquí, son formas de construcción del conocimiento legítimo en el campo de la investigación social. La elección de un modo epistémico depende de las finalidades de la investigación y del tipo de datos que se pueden obtener, además, desde luego, de las competencias con las que cuenta el investigador para trabajar con determinadas técnicas e instrumentos. Determinar el modo epistémico que se va a adoptar en una investigación permite elegir los instrumentos y técnicas de acopio adecuados y realizar un trabajo de construcción del conocimiento que facilita la congruencia entre todos los elementos y fases de la indagación.

Tabla 2. UNIDADES MÉDICAS EN LAS QUE SE REALIZÓ ACOPIO DE DATOS.

NO.	DELEGACIÓN	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA
1	Venustiano Carranza	Hospital General Balbuena
2	Álvaro Obregón	Hospital General "Dr. Enrique Cabrera"
3	Cuauhtémoc	Hospital General "Dr. Gregorio Salas"
4	Miguel Hidalgo	Hospital General "Dr. Rubén Leñero"
5	Miguel Hidalgo	Hospital Pediátrico Legaria
6	Gustavo A. Madero	Hospital Pediátrico San Juan de Aragón
7	Coyoacán	Centro de Salud "Dr. Gustavo Rovirosa"
8	Iztapalapa	Centro de salud "Dr. Rafael Carrillo"
9	Iztapalapa	Hospital Pediátrico Iztapalapa
10	Magdalena Contreras	Hospital Materno Infantil "Magdalena Contreras"

Fuente: Elaboración propia de las unidades médicas visitadas.

Para el análisis de la normatividad internacional, nacional y local, así como para los instrumentos de planeación nacional, sectorial y local se utilizaron concentrados y matrices de información elaborados *ad hoc* tomando en cuenta el enfoque de planeación utilizado en el documento sujeto de revisión. Esta información estuvo delimitada tomando en cuenta la vigencia de los acuerdos, leyes y reglamentos así como los periodos actuales de los gobiernos Federal y del Distrito Federal, es decir, se tomaron en cuenta los instrumentos de planeación del periodo 2013-2018 (Ver Tabla 3).

Tabla 3. NIVELES PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA NORMATIVIDAD E INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN.

ANÁLISIS DOCUMENTAL	DESCRIPCIÓN
Normatividad	Internacional Nacional Local (Distrito Federal)
Instrumentos de planeación	Nacional Sectorial (Secretarías de Salud y Desarrollo Social) Local (Gobierno del Distrito Federal, Secretarías de Salud y Desarrollo Social)

Fuente: elaboración propia: con fines ilustrativos de la revisión documental.

Las entrevistas se realizaron durante el periodo de esta evaluación (noviembre y diciembre del 2014) con 17 informantes clave (ver Tabla 4), integrados por: el Asesor de la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la SEDESA, como responsable de la operación del PPAVG en el Distrito Federal; los responsables del PPAVG y los responsables de los Servicios Especializados para la Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE), con un formato de entrevista semiestructurada que consta de los siguientes apartados: a) datos de identificación, b) conocimiento y estructura del programa, c) conocimiento de funciones y responsabilidades, d) implementación y grado de satisfacción, e) atención a víctimas, f) sensibilización y capacitación del personal, g) seguimiento al programa, h) situaciones de acoso, i) atención a agresores, j) componente de prevención, k) componente de prestación de servicios, l) componente de educación continua e investigación y, m) componente de coordinación institucional e intersectorial (ver Anexo 2^a y 2b).

Tabla 4. ENTREVISTAS REALIZADAS Y CÉDULAS APLICADAS EN UNIDADES MÉDICAS.

NO.	DELEGACIÓN	ENTREVISTAS REALIZADAS		CÉDULAS APLICADAS
		RESPONSABLE DEL PPAVG	RESPONSABLE DE SEPAVIGE	
1	Venustiano Carranza	Médico adscrito al Programa/Personal vinculado al PPAVG	Responsable del Programa del PPAVG	Si se respondió
2	Álvaro Obregón	Trabajo Social/responsable del PPAVG	Psicóloga Clínica	Si se respondió
3	Cuauhtémoc	Trabajadora Social/ responsable del	Psicóloga Clínica	Si se respondió

		PPAVG	Asignada al SEPAVIGE	
4	Miguel Hidalgo	Supervisora de Enfermería/Personal vinculado al PPAVG	Responsable del SEPAVIGE	Si se respondió
5	Miguel Hidalgo	Trabajador Social/Personal vinculado al PPAVG	Responsable del SEPAVIGE	No se respondió
6	Gustavo A. Madero	Trabajador Social/Responsable del Programa	Responsable del SEPAVIGE	Si se respondió
7	Coyoacán	Director del Centro de Salud	Psicóloga Clínica responsable del SEPAVIGE	Si se respondió
8	Iztapalapa	Psicóloga Clínica responsable del SEPAVIGE	Psicóloga Clínica responsable del SEPAVIGE	Si se respondió
9	Iztapalapa	Psicóloga responsable del SEPAVIGE	Psicóloga Clínica responsable del SEPAVIGE	Si se respondió
10	Magdalena Contreras	No hay persona responsable del Programa	No hay persona responsable del SEPAVIGE	Lo respondió una de las Trabajadoras Sociales

Fuente: Elaboración propia con base en el levantamiento de datos empíricos.

También se aplicaron nueve cédulas de recolección de información cuantitativa, en igual número de unidades médicas. La información fue recabada mediante una cédula diseñada *ad hoc* a partir del *documento-programa* disponible (ver anexo 3) y estuvo organizada con los siguientes apartados: 1) datos de identificación de la unidad de salud, 2) datos estadísticos de la población atendida a través de actividades de prevención, 3) datos sobre prestación de servicios, 4) datos de la capacitación, educación continua e investigación, 5) datos de la coordinación institucional e intersectorial, como se describe en la tabla 5.

Tabla 5. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DE LA CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA.

APARTADO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
1	Datos de identificación de la unidad médica	Nombre de la unidad médica, delegación a la que pertenece, tipo de atención del Sistema de Salud, nivel de atención, persona que proporciona la información, puesto que desempeña, edad y sexo
2	Datos estadísticos de la población atendida a través de actividades de prevención	Cantidades de población que ha recibido las pláticas informativas para la prevención, desagregada por edad, sexo y tipo de pareja
3	Datos estadísticos de la prestación de servicios	Pláticas informativas: cantidad, tipo de pláticas (especificando signos de violencia, servicios médicos, referencia a instituciones de apoyo gubernamental, atención especializada y/o legal), tiempo de duración de las pláticas, periodicidad; cédula de detección de mujeres víctimas de violencia y acoso laboral. Tipo y cantidad de material de difusión entregado
4	Datos estadísticos del servicio médico brindado	Cantidad y tipo de servicios médicos brindados

5	Información estadística sobre la capacitación educación continua e investigación	Total y tipo de personal capacitado y sensibilizado para la atención a usuarios y derechohabientes, desagregado por sexo y edad,
6	Reseña estadística sobre la coordinación institucional e intersectorial	Cantidad y tipo de referencias realizadas (PGJ, Secretaría de Salud Federal, DIF-DF, INMUJERES-DF, DGIDS), atención especializada o atención legal. Así como la cantidad y tipo de contrareferencias. Protocolo para la contención emocional al personal que trabaja con mujeres víctimas de violencia de género.
7	Información estadística del protocolo para la atención a mujeres víctimas de violencia de género	Medidas que se han tomado para brindar atención integral a las mujeres víctimas de violencia cuando todos los servicios requeridos no se encuentran en una misma institución.
8	Información estadística de atención a agresores	Cantidad del personal especializado y formado para la intervención con agresores de mujeres, desagregados por sexo y edad. Número de personas especialistas disponibles para intervenir con agresores de mujeres, de acuerdo al protocolo y número de agresores de mujeres atendidos por la institución.

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre los tópicos de los instrumentos diseñados para la recopilación de datos.

Para la sistematización de información se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 21, SPSS (por sus siglas en inglés), el cual es un paquete estadístico utilizado en ciencias sociales para trabajar información numérica que posteriormente es analizada a través de una sencilla interface que produce información cuantitativa de corte descriptivo y de relación de variables a través de fórmulas de correlación, regresión y simulación.

El trabajo de gabinete se orientó al análisis de la información y presentación del informe, se realizaron sesiones en las que las especialistas que conforman el equipo de trabajo, dialogaron a la luz de la información disponible y obtenida, contrastada con el marco teórico que sustenta esta evaluación y el PPAVG, para identificar elementos de congruencia, consistencia y articulación entre la normatividad del programa y la política social vigente en el Distrito Federal.

También se identificaron los principales resultados en términos de eficiencia y eficacia para el cumplimiento de los objetivos y principios de la política social del Distrito Federal. De igual forma se dio cabida a la reflexión para analizar ausencias y áreas de oportunidad

con que cuenta el programa y así realizar propuestas de mejora en el diseño y aplicación del programa sujeto de evaluación.

IV. El Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal.

IV.1. Características generales del *documento-programa*.

Para la identificación de las principales características del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género (PPAVG) del Distrito Federal, es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Al momento de realizar el presente informe no se tuvo acceso al programa, diseñado en el año 2002 y cuya primera aplicación se llevó a cabo en el año 2003.
- b) El *programa-documento* que fue entregado por la SEDESA para llevar a cabo la evaluación de su diseño, fue el correspondiente al año 2014 (ver anexo 4).
- c) Por ausencias de información en el *documento-programa* 2014, se incorporó la revisión de la versión 2013 localizada en una página web así como las reglas de operación para el año 2014 (ver anexo 5 y 6).

Para evaluar el programa a partir de su diseño e identificar sus principales características se tomó fundamentalmente en cuenta el *documento-programa 2014*. Solo se incorporó con fines de conocimiento y complementariedad información del programa 2013 y las reglas de operación 2014 aún y cuando no son homogéneos en su estructura y contenido como se muestra a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

APARTADO	PROGRAMA 2014	PROGRAMA 2013 (SEDESA: 2013b)	REGLAS DE OPERACIÓN 2014
Portada	SI	NO	SI
Introducción	SI	SI	SI
Diagnóstico	Presenta logros del 2013	NO	NO
Objetivos	General y específicos	General y específicos	General y específicos
Metas	SI (13 metas)	NO	SI (7 metas)
Modelo de atención	NO	SI (Prevención y Atención)	NO
Estrategias	-Prevención de la violencia de género. -Prestación de servicios de salud -Sensibilización, capacitación, educación continua e	-Prevención de la violencia de género -Prestación de servicios de salud -Sensibilización, capacitación, educación continua e	NO

	investigación en violencia de género -Sistema de información -Coordinación institucional e intersectorial	investigación en violencia de género -Sistema de información -Coordinación institucional e intersectorial	
Líneas de acción	Se presentan como estrategias	NO	NO
Acciones /actividades	SI	SI	NO
Recursos	Humanos y materiales	Humanos y materiales como parte de las estrategias	Financieros
Indicadores	NO	NO	SI
Cronograma	SI	NO	NO
Seguimiento y Evaluación	NO	NO	Mecanismos de evaluación

Fuente: Elaboración propia con base en el comparativo del documento programa 2014, 2014 y reglas de operación 2014.

IV.1.1. Sobre la estructura y contenido de los apartados.

Una vez revisadas la estructura y contenido de los apartados del PPAVG, a través de estas fuentes de información podemos afirmar que, por su nivel de planeación y temporalidad de aplicación es un documento operativo diseñado para un periodo determinado (un año), sin embargo, es importante mencionar que ha estado en operación por 12 años, los primeros ocho años fue Plan estratégico y el resto ha sido un programa social como se describe en la introducción de este informe.

Es un documento elaborado mediante la metodología de planeación estratégica (nivel operativo) aún y cuando no integra todos los elementos, ni cumple con la información requerida para la metodología en mención. De igual forma no se apega a los lineamientos metodológicos establecidos por el Gobierno del Distrito Federal para la elaboración de este tipo de instrumentos de planeación³.

Es un documento que no cuenta con un diagnóstico interno y externo para la identificación y delimitación del problema a atender, así como la población objetivo,

³ Véase la Guía Metodológica para el Desarrollo de los Componentes de los Programas Derivados del PGDDF 2013-2018. (GBDF, 2013)

potencial y beneficiaria que determine las prioridades institucionales y la asignación de recursos. Tampoco se incorpora la situación deseada que se pretende alcanzar y los derechos sociales que se propone proteger.

En las reglas de operación y la versión 2013, de manera introductoria se presentan una serie de datos a manera de justificación sobre la importancia del tema de la violencia contra la mujer, sin embargo tampoco se presenta como un diagnóstico situacional. Solo se encontraron una serie de datos que representan un informe de resultados de su implementación en el año anterior.

Los objetivos, si bien se encuentran armonizados, no tienen un orden interno que guíe de manera lógica su desagregación para el cumplimiento de éstos. Son instrumentales y por tanto de resultados, ya que proponen modificar la problemática social a atender, situación que no es viable por el nivel de planeación y periodo de aplicación que es de un año. Esta característica de la temporalidad anual del programa, genera tensiones entre los objetivos por los fines que persiguen, que son de largo alcance. Se presentan en formato de objetivos general y específicos, estos últimos con mayor concreción y vinculados al modelo de atención y actividades del programa.

Las metas son presentadas con los elementos de temporalidad (de un año) y cuantificación. Son amplias y desagregadas por actividades que el propio programa establece, sin embargo, no cuentan con los indicadores de resultados para evaluar su cumplimiento. En las reglas de operación 2014, se presentan los indicadores así como las fórmulas a utilizar, los cuales se complementan parcialmente con las metas establecidas en el programa.

Con relación al Modelo de Atención, éste no se encontró en el *documento-programa 2014*, sino en la versión 2013. Lo cual representa un vacío importante ya que de esta información depende la clarificación y entendimiento del esquema de trabajo de la

Secretaría de Salud y sus aportaciones en la erradicación del problema que se pretende atender.

Aún y cuando se incorpora el apartado denominado “estrategias”, en su contenido se refiere al establecimiento de líneas de trabajo y actividades para el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas. Es importante mencionar que se establecen cinco líneas de trabajo, derivadas del modelo de atención y sus dos componentes, sin embargo, las actividades difieren en cantidad en las versiones 2013 y 2014 y algunas se presentan en formato de metas, lo cual representa un error metodológico de elaboración.

Para la sustentabilidad del programa se identificó en el documento un listado de recursos físicos, y humanos, sin embargo, no hay suficiente información y claridad de los mismos, ya que se presentan de manera escueta, indicando que se cuenta con recursos humanos y materiales, categorizados por lo que se denomina nivel central y SEPAVIGE. Esta información que contiene el programa denota que pertenece a una de las unidades médicas y no al programa en sí, ya que no corresponde con las metas establecidas.

Las reglas de operación 2014 (SEDESA, 2014g), incluyen la Programación Presupuestal, que determina el periodo para su ejercicio que es de un año, así como la cantidad a asignar, misma que se presenta como un *aproximado* y no en cantidad fija con posibilidades de ampliación (el recurso asignado para el año 2014 es de \$ 8'969,838.00). La fuente de financiamiento es institucional (recursos propios), lo cual indica que no es un programa prioritario ya que no cuenta con una asignación presupuestal definida. También se establecen las actividades en las cuales se puede ejercer dicho recurso como son: “acciones de promoción, prevención, detección, atención médica y psicológica del programa, en las unidades médicas de 1° y 2° nivel de atención de esta Secretaría”.

El programa cuenta con un cronograma que calendariza en meses el periodo de operación establecido (2014). Es una tabla de doble entrada que incorpora en la primera columna las

actividades a realizar (algunas presentadas como metas) y la segunda la calendarización respectiva. No incorpora responsables, ni permite visualizar los procesos de realización.

Del *documento programa*, no se encontró nada respecto al seguimiento y/o evaluación. En las Reglas de operación 2014, se establece que se cuenta con sistemas de información y seguimiento para verificar el cumplimiento de la normatividad, mas no del cumplimiento de los objetivos y metas del programa. También muestra que se cuenta con indicadores de impacto de servicios así como la evaluación interna del programa. Lo anterior nos indica que se refiere a una evaluación cuantitativa que se aplica al final de cada periodo de ejecución.

IV.2. Lógica del diseño e intencionalidad del programa y su modelo de atención.

Como se mencionó en el apartado anterior y tomando en cuenta que no se contó con la información suficiente sobre el diseño del programa, se hizo necesario identificar mediante la utilización de la Metodología de Marco Lógico (MML) (Alduate y Córdoba, 2001; Ortigón, Pacheco y Prieto, 2005) sus principales componentes y características, a partir de la información de los documentos denominados: programa 2014 y reglas de operación 2014, como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. VINCULACIÓN DE LA MML CON LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.

MODELO GENERAL MML	DOCUMENTOS BASE PARA REFERENCIA	
	PROGRAMA 2014	REGLAS DE OPERACIÓN 2014
Existe una población que tiene un problema bien identificado en sus causas y consecuencias	<p>POBLACIÓN.-mujer y otros grupos vulnerables como menores de edad, adultos mayores y personas con discapacidad</p> <p>PROBLEMA.-Violencia de género como problema de salud pública</p> <p>CAUSAS.-NO INDICA</p> <p>CONSECUENCIAS.-NO INDICA</p>	<p>Usarias de servicios de salud, víctimas o agresores de violencia de género (niñas, mujeres)</p> <p>Violencia de género como problema de salud pública</p> <p>NO INDICA</p> <p>Trastornos físicos, psicológicos y mentales a corto mediano y largo plazo</p>
Las consecuencias del problema son consideradas como socialmente importantes por contravenir una línea de política	Si, porque es considerado como un problema de salud pública, y de atención y defensa de los derechos humanos de grupos vulnerables	Si, porque es considerado como un problema de salud pública, y de atención y defensa de los derechos humanos de grupos vulnerables

La institución responsable produce y proporciona diversos bienes y servicios, que pone a disposición de la población afectada por el problema	SERVICIOS. Médicos y psicológicos	Prevención, atención médica y psicológica
Para realizar la producción de los bienes y servicios, la institución responsable realiza un conjunto de actividades, financiadas por un presupuesto	ACTIVIDADES.- prevención, prestación de servicios de salud, sensibilización, capacitación, educación continua e investigación en VG. FINANCIAMIENTO .- NO INDICA	Atención médica y psicológica, referencias a centros especializados, promoción de cultura de respeto a los DH, promoción, prevención, detección y atención médica y psicológica \$8,969,838.00 cantidad aproximada
La institución responsable está consciente de los riesgos que tiene el programa y toma las medidas adecuadas para enfrentarlos	NO INDICA	NO INDICA
Para enfrentar el problema de la población afectada, se diseña un programa de acción, que se encomienda a una institución responsable, dentro de sus atribuciones establecidas	Programa anual y cronograma	NO INDICA
La población afectada logra resolver su problema como consecuencia de los bienes y servicios provistos por el programa, así como a consecuencia de otros bienes y servicios complementarios provistos por otras instituciones	No cuenta con mecanismos de evaluación. Establece metas de atención	Cuenta con mecanismos de evaluación a través de indicadores para cuantificar servicios otorgados

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis del documento programa y las reglas de operación publicadas.

La matriz de Marco Lógico tiene, por una parte, la lógica vertical que representa los objetivos del programa o proyecto (*Fin, Propósito, Componentes y Actividades*), en orden jerárquico de “arriba” hacia “abajo”. Por otra parte, está la lógica horizontal constituida por el *resumen narrativo* para cada *objetivo*, los *indicadores* con que se medirá cada *objetivo*, los *medios de verificación* que permiten comprobar lo medido y los supuestos que reflejan los riesgos a los que está sometido cada *objetivo*.

Al combinar la lógica vertical y la horizontal se obtiene la matriz de Marco Lógico, donde, para cada línea de objetivo se tiene información sobre sus *indicadores, medios de verificación* y supuestos. La columna de *resumen narrativo* para el PPAVG corresponde a los *objetivos* del programa o proyecto, escrito en forma resumida pero exacta y se debe caracterizar por la simpleza en su redacción, de tal manera que pueda ser leída por cualquier persona, no necesariamente los expertos en el tema del programa (Alduate y

Córdoba: 2001). A continuación se presenta en la tabla 8, la matriz elaborada para el PPAVG.

Tabla 8. MATRIZ DE MARCO LÓGICO CON EL RESUMEN DEL PROGRAMA.

	RESUMEN NARRATIVO OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir en el desarrollo de una sociedad libre de violencia, en la cultura del respeto a los derechos humanos	NO INDICA	NO INDICA	Mediante la aplicación integral del PPAVG se puede contribuir a construir una sociedad libre de violencia con respeto a los derechos humanos
PROPÓSITO	Disminuir los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por la violencia de género	NO INDICA	NO INDICA	Usuaris cuentan con un plan para lograr una vida libre de violencia El personal está capacitado para la prevención y atención de la violencia de género
COMPONENTES	Prevención	NO INDICA	NO INDICA	Detección oportuna de casos de violencia de género
	Atención			Usuaris resuelven su situación de violencia Las unidades médicas cuentan con las condiciones necesarias para la atención de la violencia de género
ACTIVIDADES	Prevención de la violencia de género	Pláticas preventivas realizadas	Informe General de Avance (IGA)(SA:S/F) e Informe Mensual de Avance (IMA) (SEDESA: 2014 ³)	Usuaris reconocen que la violencia es un problema que afecta su salud y vida
		Materiales de promoción y difusión distribuidos		Usuaris identifican la importancia de su participación para prevenir la violencia de género
		Acciones de prevención de acoso laboral realizadas		Usuaris desarrollan y aplican herramientas para prevenir la violencia de género
		Acciones de prevención de acoso laboral realizadas		
		Entrevistas de información realizadas		
		Personas atendidas por lesiones y padecimientos producto de violencia		Usuaris asisten a la Unidad Médica en casos de violencia de género
		Sesiones de psicoterapia otorgadas		Usuaris aceptan y concluyen su atención integral
		Detección de víctimas de violencia de género realizadas		
		SEPAVIGE creadas		

		Contratación de psicólogas realizadas		
		Contratación de médicas generales realizadas		
		Sensibilización y capacitación de profesionales realizadas		Usuaris proporcionan información oportuna y veraz sobre su situación de violencia
		Diplomado de PAVG impartido		
		Cursos de capacitación sobre la NOM-046 SSA2-2005, realizadas		
				Se cuenta con información actualizada sobre violencia de género
		Visitas de supervisión realizadas		Existe coordinación institucional e intersectorial
		Reuniones con responsables del programa realizadas		
		Sesiones de la Comisión Intersectorial para la PAVG realizadas		

Fuente: Elaboración propia; resumen del diseño del programa.

También se identificó la lógica en el diseño de su Modelo de Atención, así como su aplicación al programa a través de la relación causa-efecto que se propone generar a partir de los componentes y actividades que se desarrollan. Para ello, se organizó la información integrando el ideal del funcionamiento del Programa y su Modelo de Atención en la tabla 9, a la cual se debe dar lectura de “abajo” hacia “arriba”, siguiendo la lógica proposicional condicional: *Si*, se realiza una actividad, *entonces* se desencadenan los efectos que se encuentran en la misma fila. Solo sí se logra lo establecido en la fila inferior, se puede avanzar (como lo marca la flecha) a un siguiente nivel. Es pertinente precisar que la MML fue solicitada en los términos de referencia, *para la evaluación del diseño del programa y no como una exigencia al documento programa*.

Tabla 9. FUNCIONAMIENTO IDEAL DEL PROGRAMA Y SU MODELO DE ATENCIÓN (RELACIÓN CAUSA-EFECTO).

SI	Se previene y atiende la violencia de género	entonces	Disminuye la incidencia de daños, secuelas y complicaciones de la violencia de género en víctimas o agresores de los usuarios de los SSGDF	entonces	Se contribuye a contar con una sociedad libre de violencia
SI	La usuaria acepta los servicios psicológicos que ofrece la SEDESA	entonces	Es atendida de manera integral mediante los servicios psicológicos	entonces	La usuaria toma decisiones para evitar y prevenir situaciones de violencia
SI	Se confirma que existe una situación de violencia	entonces	Se deriva al servicio especializado de la Unidad o se deriva a otra unidad gubernamental para ser atendida	entonces	Si es atendida en el marco del PROGRAMA, se le ofrecen los servicios psicológicos a través de un proceso terapéutico (individual o grupal)
SI	Acude al centro de salud o unidad médica	entonces	Se identifica una situación de violencia	entonces	Canaliza para la atención Médica que ofrece la SEDESA

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre la relación causa – efecto en el modelo de atención del diseño del programa.

Siguiendo la misma metodología, se elaboró una tabla para establecer la relación causa-efecto e identificar la vinculación de los principios que establece la Ley de Seguridad Social del Distrito Federal (ALDF, 2000), con el PPAVG 2014, mismos que se presentan a continuación en la tabla 10. De esta manera, la lectura de la tabla, como se mencionó anteriormente se realiza de “abajo” hacia “arriba”, para identificar las condicionantes requeridas para el cumplimiento de los principios de universalidad, justicia distributiva, exigibilidad, integralidad, equidad social y equidad de género, con los cuales el PPAVG tiene mayor vinculación a través de sus fines, objetivos, propósitos y actividades.

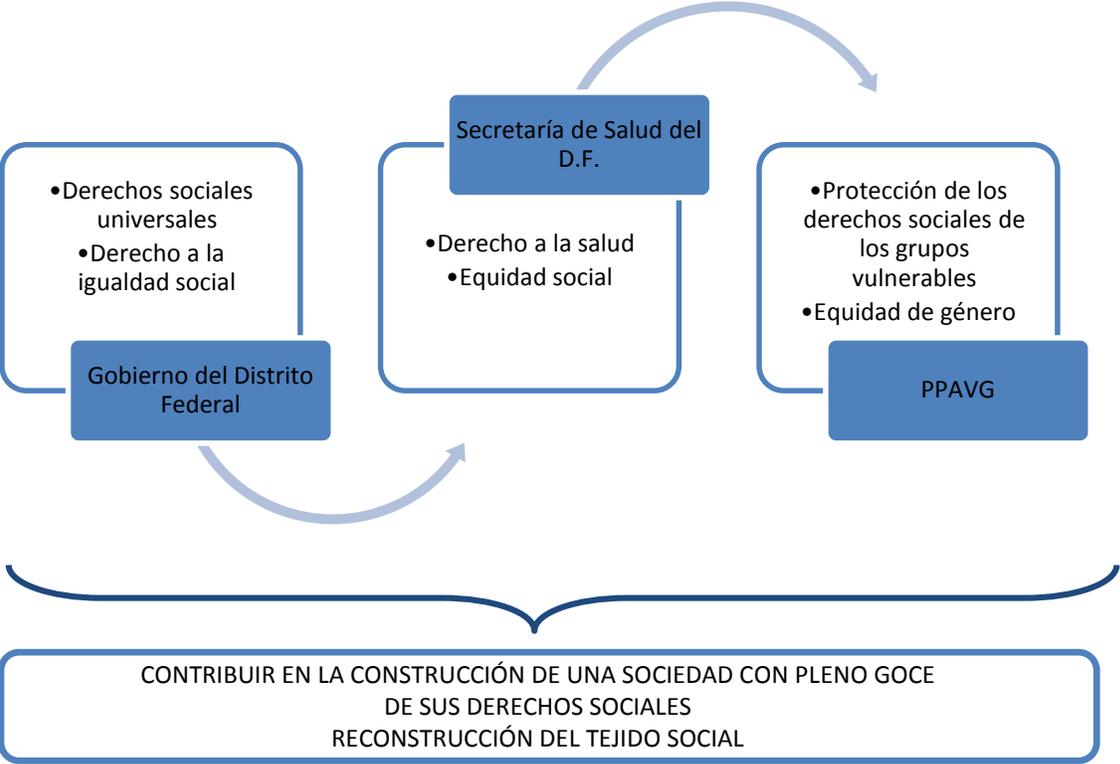
Tabla 10. VINCULACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA LEY DE DESARROLLO SOCIAL PARA EL D.F. (ALDF: 2000) CON EL PROGRAMA (RELACIÓN CAUSA-EFECTO).

SI	Se elimina toda forma de desigualdad, exclusión o subordinación basada en roles de género	entonces	La igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres genera una nueva relación de convivencia social entre mujeres y hombres desprovista de dominación, estigmatización y sexismo	entonces se cumple	EQUIDAD DE GÉNERO
SI	Las formas de desigualdad social, exclusión o subordinación se atienden a través de la política social	entonces	Se superan las formas de desigualdad, exclusión o subordinación social, basadas en roles de género, edad o pertenencia étnica	entonces se cumple	EQUIDAD SOCIAL
SI	Las políticas y programas sociales se articulan	entonces	Se logra atender los derechos y necesidades de los ciudadanos	entonces se cumple	INTEGRALIDAD
SI	Los derechos sociales son progresivamente exigibles	entonces	Se diseñan políticas y programas para atender problemáticas específicas	entonces se cumple	EXIGIBILIDAD
SI	Se obliga a la autoridad a aplicar de manera equitativa los programas sociales	entonces	Se priorizan necesidades de grupos en condición de desigualdad social	entonces se cumple	JUSTICIA DISTRIBUTIVA
SI	La política social está destinada a todos los habitantes del DF	entonces	Se otorga acceso al ejercicio de los derechos sociales	entonces se cumple	UNIVERSALIDAD

Fuente: elaboración propia de carácter ilustrativo sobre la relación causa – efecto en el de la Ley de Desarrollo Social con el diseño del programa.

Para establecer la relación causa-efecto e identificar la vinculación de los objetivos que establece la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal con el PPAVG 2014, se elaboró el siguiente esquema, mediante el cual se establece que el Gobierno del Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género, contribuyen de manera importante con el cumplimiento de los objetivos establecidos por la ley en comento.

Esquema 1. . Vinculación de los objetivos de la Ley de Desarrollo Social para el D.F. con el PPAVG.



Fuente: Elaboración propia con base en la información sobre la vinculación del diseño del PPAVG.

De igual forma se revisaron y analizaron los objetivos del PPAVG, para conocer su metodología de elaboración y nivel de aplicación, así como su correspondencia con las metas, líneas de trabajo y actividades. De esta manera se obtuvo información para validar su consistencia interna y articulación general que se presenta en el apartado de resultados.

Tabla 11. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DESAGREGADOS PARA SU REVISIÓN METODOLÓGICA.

OBJETIVOS	QUE HACER	ESTRATEGIA	FINALIDAD /PROPÓSITO
GENERAL	Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones de las (los) usuarias (os) de servicios de salud, víctimas o agresores de violencia de género	Mediante la detección y atención oportunas, así como la referencia a centros especializados	Coadyuvar en la limitación de los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por este problema de salud pública.
PARTICULARES	Proporcionar atención médica y psicológica oportuna y de calidad	NO INDICA	NO INDICA
	NO INDICA	Detección y atención oportuna de las víctimas y agresores de violencia de género.	NO INDICA
	NO INDICA	Acciones de promoción, prevención y educación para la salud	Contribuir en la limitación de este problema de salud pública.
	Fomentar la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos	Promoción, prevención, detección y atención médica y psicológica de personas en situación de violencia de género	Favorecer el desarrollo de una sociedad libre de violencia.
	NO INDICA	Acciones de promoción y educación para la salud	Coadyuvar en la modificación de conductas, actitudes y acciones que manifiestan patrones socio-culturales que toleran, legitiman o exacerban la violencia
	Identificar el comportamiento epidemiológico de la violencia de género, así como los factores de riesgo que inciden en su presentación	NO INDICA	Establecer medidas de intervención efectivas para la limitación de este problema.
	VARIABLES que permitan identificar las características de este problema de salud pública, así como realizar el monitoreo y evaluación de las acciones	NO INDICA	Fortalecer el sistema de información sobre violencia de género
	Consolidar los mecanismos de coordinación institucional e intersectorial	NO INDICA	Fomentar la aplicación de la normativa en el tema, la retroalimentación de información, así como la referencia y contra-referencia de personas en situación de violencia de género

Fuente: Elaboración propia de la estrategia de desagregación de objetivos del documento programa en Evaluación.

V. Resultados

V.1. Análisis documental referente al programa.

La construcción del apartado Análisis documental referente al programa, se hizo con base en lo solicitado en los términos de referencia, incluye la revisión de investigaciones sobre violencia de género, bases de datos y sistemas de información del PPAVG del Distrito Federal. Presenta información estadística sobre el tema de la violencia, se dan a conocer los datos de las encuestas nacionales: Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujeres (ENVIM) (Olaiz, Rico y Del Río, 2003 Y 2006) y Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (INEGI, 2013) respecto de la problemática que se aborda en esta evaluación externa y cómo esta problemática se comporta en el Distrito Federal. Al mismo tiempo esta información se utiliza como referente para el análisis de los datos dados a conocer en las fuentes oficiales y para los indicadores de las actividades que se realizan desde el PPAVG del D.F.

Las fuentes oficiales analizadas son: el Informe Mensual de Actividades (IMA) (SEDESA, 2014d) y el Formato de Informe General de Avances 2014-2018 (IGA) (SSA, s/f), cuyos resultados se complementan con la revisión de la investigación Costo-Efectividad de los tres modelos de atención psicológica realizada por la SEDESA y por último, se hace una revisión de los datos reportados en la hoja de registro de atención por violencia y lesión del Sistema de Información de Salud SIS-SS-17P (SSA, 2014c).

En este informe se reconoce que desde la década de los noventa del siglo XX se han realizado diversas encuestas en Latinoamérica en torno a la violencia en general, y particularmente a la violencia familiar y de género, éstas no son comparables por las notables diferencias en las poblaciones objeto de estudio, en “la cobertura geográfica, el tiempo de referencia para la medición de los episodios de violencia y definiciones y categorías disímiles para los distintos tipos de violencia” (OMS, 2002). Es por ello pertinente puntualizar algunos aspectos del abordaje que se asigna al estudio y reconocimiento de la violencia en el contexto de la evaluación externa al diseño del

PPAVG que, como se ha mencionado en apartados anteriores, ha operado en el Distrito Federal desde 2002.

V.1.1. Estadísticas sobre la violencia.

La información que aquí se consigna tiene como objetivo observar la magnitud del problema detectado en otros espacios, para considerar la posible dimensión que puede llegar a alcanzar su visibilización en el Distrito Federal. La Organización de las Naciones Unidas (ONU MUJERES) recupera de fuentes internacionales información que demuestra que la violencia en contra de las mujeres se manifiesta de diversas maneras. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) revela que la dimensión de la violencia contra las mujeres es preocupante ya que “a nivel global un 35 por ciento de mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual en el contexto de relaciones de pareja o violencia sexual fuera de relaciones de pareja”. En términos llanos con estas proyecciones, de los 4.5 millones de mujeres que de acuerdo con el INEGI había en el Distrito Federal en 2005, más de un millón de ellas sufrirían violencia física o sexual en su relación de pareja. Este dato en algunas encuestas nacionales alcanza el 70 por ciento. Particularmente en América Latina el 53 por ciento de las mujeres sufren algún tipo de violencia de género. En la mayoría de casos, entre el 75 y el 80 por ciento de los agresores son personas conocidas por las víctimas.

Las dimensiones que alcanza esta problemática contra las mujeres en la Unión Europea, confirma que de esa región del mundo en apenas en un 14 por ciento, lo cual es imputable al miedo, la vergüenza o la culpabilidad que las mujeres asumen por haber generado la violencia del agresor. Paradójicamente, las mujeres de países latinoamericanos han presentado más denuncias por malos tratos en Bolivia (53 por ciento), Colombia (39 por ciento), Perú (39 por ciento) y Ecuador (31 por ciento), mientras que Paraguay (18 por ciento), Jamaica (17 por ciento) y República Dominicana (16 por ciento) (OMS, 2002). Las circunstancias anteriores implican mayores riesgos a la salud y a la vida de las mujeres ya

que las mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual. En el caso de México, la ENDIREH reporta que el 11.1 por ciento de las casadas solicitaron asistencia o denunciaron los hechos ante la autoridad, cifra inferior al 24.1 por ciento para las unidas alguna vez, este dato no se ofrece por entidad federativa.

ENDIREH 2011.

De acuerdo con el INEGI, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (INEGI, 2013: III) es “una de las respuestas a los compromisos adquiridos en cumbres internacionales que tienen como finalidad abatir las desigualdades entre sexos, que vulneran el desarrollo democrático de una nación”. Con la encuesta se detectan principalmente los casos de violencia de pareja entre hombre y mujer, como muestra de la desigual condición de poder de las segundas frente a los primeros. En esta encuesta se ofrecen “indicadores para medir la violencia, padecida por las mujeres de 15 y más años de edad casadas o unidas, de aquellas que alguna vez estuvieron unidas, así como de las solteras, tanto en espacios públicos como en privados” (IX). Se presentan algunos datos para medir el nivel de violencia en el ámbito público⁴, independientemente del estado civil. Finalmente se reportan datos sobre violencia ejercida hacia las mujeres en espacios institucionales. En virtud del alcance nacional de la encuesta es posible evidenciar la magnitud de este problema así como contrastar la condición de este fenómeno en el Distrito Federal.

Este texto recupera la relevancia sobre la visibilización⁵ del fenómeno de la violencia en contra de las mujeres, ya que gran parte de la imposibilidad de atender esta problemática se deriva de la ignorancia de las mujeres acerca de estar bajo una condición de violencia, así como de desconocimiento de cómo reaccionar ante situaciones de ese tipo. Esta

⁴ La calle, los centros comerciales, algunos lugares de recreación, en donde las agresiones son ejercidas principalmente por desconocidos, a diferencia de los espacios privados donde son violentadas por sus parejas o familiares.

⁵ La visibilización de la violencia en contra de las mujeres ha sido posible por los foros internacionales que se analizan en otro apartado de esta evaluación y que han devenido en acuerdos y convenciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar esta violencia.

situación es enfrentada en el componente de Prevención del PPAVG que el Gobierno del D.F. ha venido desarrollando desde 2002.

De acuerdo con los resultados de la ENDIREH 2011 (INEGI, 2013: 4) el 44 por ciento han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal⁶, 25 por ciento fueron agredidas físicamente por su pareja. En cuanto a violencia económica 56.4 por ciento de las casadas o unidas han vivido algún episodio de este tipo de violencia.

De la violencia psicológica, de acuerdo a los resultados de la encuesta ésta es la más frecuente ya que el 89.2 por ciento de estas mismas mujeres reportan este tipo de agresiones. Para el Gobierno del D.F. en el PAPVG por parte de la Secretaría de Salud del D.F., este tipo de violencia recibe una especial atención misma que se aprecia en el objetivo general del programa⁷. En la ENDIREH se afirma que:

... Dentro de las múltiples consecuencias negativas derivadas de la violencia se encuentran las posibles alteraciones de la estabilidad emocional de la mujer, que, además de obstaculizar su desarrollo personal, también agudizan su vulnerabilidad. Comúnmente las víctimas de agresiones infligidas por su pareja tienen problemas de salud mental, angustia, cuadros de estrés, tristeza o depresión que minan su autoestima y las orillan al aislamiento, incluso esto, en ocasiones, culmina en comportamientos suicidas como una forma de liberarse ante el sufrimiento padecido. 10.8 por ciento han pensado en quitarse la vida, de ellas 46.2 por ciento lo han intentado por lo menos en una ocasión. (INEGI, 2013: 5).

⁶ En el Distrito Federal el este dato alcanza el 49 por ciento, lo que significa 5 puntos por arriba de la media nacional (INEGI, 2013: 18). En el caso de consecuencias visibles de violencia física el porcentaje llega a 92.8.

⁷ Objetivo del programa: Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones de las víctimas usuarias de servicios de salud, mediante la detección y atención oportuna, así como la referencia a centros especializados ubicados en las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal.

Esto destaca el énfasis en las investigaciones sobre el valor que desempeña la prevención para concientizar a mujeres y hombres sobre la problemática de la violencia en las relaciones de pareja así como de sus consecuencias en el desarrollo de las personas.

La violencia no está determinada por la posesión o no de bienes económicos y si está relacionada con la discriminación a través de la distribución de las actividades domésticas, ya que si bien no es una condición suficiente, si es un elemento de desigualdad y en la ENDIREH se reporta que tres de cada cuatro mujeres que se dedican principal o únicamente al cuidado de los hijos son víctimas directas de violencia de género y en muchos de los casos no sólo de las parejas sino también de las familias de estas mujeres. Además, los niños y las niñas son víctimas indirectas de la violencia perpetrada contra las mujeres. Adicionalmente, aquellas que no tienen una actividad remunerada reciben con mayor frecuencia violencia hacia ellas, cifra que alcanza un 95 por ciento de la población encuestada, aunque es menester aclarar que el D.F. está 5 puntos porcentuales debajo de esta cifra nacional (INEGI, 2013:32), es decir el 90 por ciento de las mujeres de 18 años y más que no realizan trabajo remunerado son potencialmente víctimas de violencia.

ENVIM 2003 Y 2006.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujeres (ENVIM, 2003: 12) hace énfasis en “la dimensión de la violencia de pareja como problema de salud pública, los factores de riesgo asociados y sus consecuencias”.

En virtud de lo anterior la versión 2006 (ENVIM II, 2006) de esta misma encuesta, añadió la “medición de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de las unidades de atención a la salud, para la detección y atención de este problema de acuerdo con la normatividad vigente al momento de la encuesta (Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar) y con el Modelo de Atención puesto en operación” (ENVIM, 2009a: 14).

El propósito de ambas encuestas ha sido caracterizar las formas de expresión de la violencia en la vida de las mujeres. Los resultados siguen reportando que la violencia en contra de las mujeres que asisten a las unidades de salud del sector público, mayoritariamente la reciben de sus parejas. Un cambio notorio es la apertura que las mujeres van mostrando al hablar sobre este problema que las aqueja.

Particularmente en los datos sobre el D.F. esta encuesta reporta que, la violencia contra las mujeres se encuentra entre los valores altos de los mencionados por cada estado del país, tanto en la relación de pareja como en la violencia psicológica. Es en los casos de la violencia sexual y económica donde el D.F. obtiene uno de los porcentajes más bajos, en relación con otros estados de la república. Respecto a la prevalencia de algún tipo de violencia en la vida de las mujeres, esta entidad federativa ocupa uno de los primeros lugares.

La ENVIM II incorporó reactivos para evaluar la violencia durante el embarazo y entre sus hallazgos se reporta que casi para el 40 por ciento la situación de violencia empeoró con el embarazo.

Entre los facilitadores detectados para la violencia en contra de las mujeres se encuentran: el consumo de alcohol y la condición de hablar o no alguna lengua indígena. Entre las ENVIM 2003 y 2006 se reporta un incremento en el porcentaje de mujeres que tuvieron una lesión a consecuencia de la violencia; y se observa una disminución en los casos de fracturas. Entre los resultados de una encuesta y otra, el cambio en cuanto a perder el empleo por consecuencia de la situación de violencia es poco significativo, es decir sigue perdiendo el empleo en la misma proporción. Y al mismo tiempo tuvieron gastos de atención médica o de un curandero y transporte para atenderse de haber recibido agresiones físicas.

En la ENVIM II un porcentaje bajo (cercano al 10 por ciento) de mujeres buscan apoyo legal ante su situación de violencia. El miedo y las amenazas de su agresor son las causas de limitarse a pedir apoyo. También los resultados de la segunda emisión de la encuesta afirma que el personal de salud muestra que pese a haber egresado de su formación profesional en promedio 12 años antes de la encuesta, y 13 años de estar laborando en el sector salud, solo un 16 por ciento tenían claro que la obligación de dar aviso al Ministerio Público, es de la institución (ENVIM, 2009a: 90). También el 23.8 por ciento declaró que no sabía que existieran procedimientos explícitos para el manejo de casos de violencia familiar. En cuanto al conocimiento sobre la violencia de pareja y sexual hacia las mujeres, los prestadores y prestadoras de los servicios de salud, se presentan variaciones tales que se requiere un análisis más detallado en relación a sus funciones y cercanía con las usuarias que pudieran estar en situación de violencia. Esta información tiene un comportamiento semejante en el Distrito Federal.

V.1.2. Revisión del Informe Mensual de Avances del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del D.F. (IMA) 2014, Informe General de Actividades (IGA) 2014 y los resultados de la investigación Costo-Efectividad de los tres modelos de atención.

Entre las acciones encaminadas para la prevención y atención de la violencia de género en el D.F., el PPAVG incluye, estrategias de promoción, prevención, atención médica y psicológica, referencia de víctimas de violencia a las áreas asistenciales y legales del Gobierno del Distrito Federal, así como el desarrollo de actividades de capacitación al personal de las instituciones de salud y de coordinación institucional e intersectorial, con el propósito de que detecten y atiendan correctamente los casos de mujeres, niños, niñas y adultos mayores víctimas de violencia de género, así como violencia laboral y acoso sexual (SEDESA, 2014a). Los datos de estas acciones se registran en los sistemas de información IMA e IGA. La información de estos sistemas se revisa desde cuatro instancias: las unidades médicas, los SEPAVIGE Y las delegaciones, conforman lo que se

concentra en el IMA y la información global se encuentra registrada por la SEDESA en el IGA. Un hallazgo preocupante es la inconsistencia de los datos entre las diversas instancias implicadas para el reporte de las metas físicas planteadas en el PPAVG.

El Informe Mensual de Actividades (IMA), es una fuente de información para los indicadores de las actividades que se realizan en el PPAVG. La información reportada en dicho Informe correspondiente al año 2014, comprende cuarenta y siete unidades médicas de primer y segundo nivel de atención del Sistema de Salud de la SEDESA en el Distrito Federal⁸ (SSDF), en las dieciséis delegaciones y de los catorce Servicios Especializados para la Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE) que se encuentran insertos en igual número de unidades médicas (Anexo 7)⁹.

La información analizada se refiere a trece variables del IMA 2014 mismas que corresponden a las actividades de promoción y difusión de la violencia de género, la detección e identificación del tipo de violencia, la atención médica y psicológica, la capacitación y sensibilización al personal, las referencias y contrarreferencias y las acciones para la prevención de la violencia laboral y el hostigamiento sexual (Anexo 8). Se observa que los datos que se reportan en el IMA 2014, sobre actividades analizadas desde las estrategias del PPAVG, no coinciden con lo registrado en las unidades médicas y éstos a su vez, con los totales de las delegaciones. Por el contrario, los datos de las actividades de los SEPAVIGE, las UM y las delegaciones son más coincidentes.

A continuación se presenta los resultados en cada una de las actividades de las estrategias del PPAVG:

⁸ En el Documento del PPAVG (sin fecha de siete cuartillas) se reporta que el SEDESA está compuesto por más de 200 centros de salud y 31 hospitales.

⁹ Cabe aclarar que en el portal oficial de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (<http://www.salud.df.gob.mx/portal/>) se reporta la existencia de 14 y no 12 como se consigna en la tabla Hospitales Generales y 8 Maternos infantiles en lugar de los 7 que aparecen en la tabla, lo que dan un total de 50 Unidades Médicas que conforma el SEDESA.

Actividades dentro de la estrategia de Prevención: la promoción y difusión.

Las actividades de prevención se circunscriben a pláticas intramuros y extramuros, tanto en el sistema del IMA, como del IGA la presencia de derechohabientes se concentró en mayor medida en mujeres adultas, lo cual es congruente con la densidad poblacional.

El material de difusión (carteles, trípticos, historietas y otros) entregado en unidades médicas se distingue por sexo. Lo que se encuentra es que son 3 mujeres por hombre quienes reciben estos materiales.

El sistema IGA no reporta materiales de difusión como tal, sino que hace referencia a una difusión social, a través de: prensa escrita, revistas periódicas, radio, tv, internet, publicidad fija, publicidad móvil y otros; el reporte analizado para casi todos los tipos de materiales aparece en cero, a excepción de publicidad fija; sin embargo, es importante mencionar que siendo una cantidad significativa, no especifique a qué se refiere.

Actividades dentro de la estrategia de Prestación de Servicios de Salud: la detección, atención médica, psicológica individual y grupos terapéuticos.

Detección.

La información concentrada en el IMA 2014, por unidad médica, reporta tamizajes a hombres y mujeres de las cuales, la mayoría son positivas en mujeres. En cuanto al tipo de violencia por delegación, por unidad médica y por SEPAVIGE en un tercio de los casos es violencia física y el resto es violencia psicológica. Lo anterior guarda relación positiva con los datos reportados con las investigaciones de la ENVIM 2003, 2006 y la ENDIREH 2011. El IMA 2014 da a conocer que otro de los tipos de violencia es el feminicidio, reportando 32 casos (4 en la Gustavo A. Madero, 26 en la Cuauhtémoc y 2 en la Miguel Hidalgo); en los SEPAVIGE fueron reportados 30 casos, sin embargo, en las unidades médicas el dato está ausente, se esperarían encontrar que al menos se hubiera registrado en el o los hospitales donde los SEPAVIGE reportaron casos de feminicidio.

El Informe General de Actividades (IGA), reporta 7,579 detecciones positivas; en cuanto al tipo de violencia psicológica reporta un total de 4,473 casos, y física 2,223 casos. Los resultados evidencian que en tan solo cuatro meses el IGA está reportando casi el 50 por ciento de lo que el IMA lo hace en todo 2014.

El total de cédulas de detección realizadas en las 16 delegaciones corresponden a mujeres, siendo la Gustavo A. Madero la que representa el mayor número de tamizajes positivos en mujeres. Se observa una diferencia notable de tamizajes entre los datos reportados por unidades médicas y las detecciones de tamizaje reportadas en las delegaciones.

Respecto de las cédulas de detección por unidad médica en el IMA 2014 se reportó un total de 4,353 de las cuales 3,225 corresponden a mujeres mayores de 15 años; por delegación el dato reporta 4,430 de las cuales 3,204 detecciones corresponden a mujeres mayores de 15 años, en donde encontramos una diferencia de 21 detecciones entre ambos datos (unidad médica y delegación) siendo la delegación Iztapalapa la que ocupa el mayor número de mujeres mayores de 15 años (760). Del total de las cédulas reportadas por unidad médica o por delegación, en los SEPAVIGE se realizaron 2,281 detecciones a hombres y mujeres mayores y menores de 15 años (1,710 mujeres mayores de 15 años y 195 mujeres menores de 15 años). La información muestra una relación directa positiva entre la densidad de población de las delegaciones con el volumen de tamizajes realizados y detectados como positivos.

Atención Médica.

El IMA (SEDESA, 2014d) reporta por delegación, un total de 476 casos en seguimiento de los cuales 412 son mujeres (mayores y menores de 15 años) y 64 hombres (mayores y menores de 15 años). Los casos que se han atendido sin seguimiento hacen un total 57 hombres (mayores y menores de 15 años) y un total de 483 mujeres. Asombrosamente, por unidades médicas se reporta un total de 39,269 casos en seguimiento; de los cuales

39,205 son mujeres y 64 hombres. Los casos atendidos sin seguimiento hacen un total de 1,301 de los cuales 57 son hombres y 1,244 mujeres. En cuanto a los casos atendidos en los SEPAVIGE con seguimiento se obtiene un total de 43 casos 10 hombres y 33 mujeres; y sin seguimiento un total de 60 casos atendidos, de los cuales 17 son hombres y 43 mujeres.

En cuanto a los casos médicos atendidos el Informe General Avance (IGA) (SSA, s/f) reporta un total de 4,618 especificando 99 casos en seguimiento y 4,519 sin seguimiento, lo cual es un dato de atención precisamente por esa falta de seguimiento médico.

Haciendo un comparativo en cuanto a los totales arrojados por el IMA y el IGA. Aún y cuando el reporte del IGA es de sólo cuatro meses, proyectado a los doce meses del año no se acerca en nada a los casos reportados como atendidos por el IMA.

Detección de hostigamiento.

En relación a las Cédulas de detección de violencia laboral y hostigamiento sexual solo se reportan datos por delegación y por unidad médica, en los SEPAVIGE no se muestran datos al respecto. Por delegación se da cuenta de 236 casos que al desagregarlos por sexo reportan 200 hombres y 236 mujeres, la delegación Cuauhtémoc reporta 187 de hombres y mujeres¹⁰, por unidad médica se reporta en forma global un total de 59 casos (45 mujeres y 14 hombres) no se especifica cuantos casos corresponden a violencia laboral y cuantos a hostigamiento sexual. Tampoco existe el dato entre quienes ocurre el acoso (entre compañeros, jefe-subordinado, subordinado-jefe).

¹⁰ Si este dato fuera congruente tan solo en esta delegación habría 374 casos.

Atención psicológica.

En el documento “Guía de intervención psicológica con mujeres en situación de violencia” (SESA, 2014e) se menciona que de acuerdo al aumento de la demanda de atención, se adecuaron los procesos de atención psicológica individual y se incorporó la atención grupal bajo tres enfoques¹¹ como opciones de tratamiento los cuales son¹²:

- Modelo Sistémico
- Modelo de Terapia Breve Estratégica
- Modelo Psicodinámico Breve

Estos modelos o enfoques se ofrecen en dos modalidades:

1. Atención Psicológica individual SEPAVIGE.

En la cual se reportan un total 5,203 atenciones psicológicas individuales (hombres y mujeres mayores y menores de 15 años) de las cuales 1,912 corresponden a atenciones de primera vez, 3,266 atenciones subsecuentes y 25 reingresos de mujeres mayores de 15 años y 58 tratamientos terminados (3 hombres mayores de 15 años, 54 mujeres mayores de 15 años y 1 mujer menor de 15 años).

El IGA también refiere la atención psicológica individual con un total de 5,250 atenciones, desglosándolo en sus siguientes tipos: consulta de primera vez con un total de 1,193, consultas subsecuentes 3,971, deserciones de la atención 42, tratamientos terminados 30 y reingreso a atención 16 casos. Comparando los resultados de ambos sistemas de información se puede notar que aunque los totales parecieran tener coincidencia, en cuanto a la especificidad de los datos entre ambos dista mucho de ser coincidente,

¹¹ En el documento referido se utiliza indistintamente “enfoque” o “Modelos” cuestión que habría que analizar habida cuenta de las connotaciones aplicables a cada uno de estos términos en el campo de la psicología clínica.

¹² Secretaría de Salud del Distrito Federal (2014a). Evaluación del costo-efectividad de tres modelos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género en el Distrito Federal. SEDESA, Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial (coord.). Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género, México, D.F.

recordando que el IGA sólo reporta cuatro meses, y el IMA está considerando el año en su totalidad.

2. Atención psicológica en grupos terapéuticos¹³.

Para la atención en grupos terapéuticos¹⁴ en el 2014 se atendieron por delegación un total de 827 sesiones proporcionadas a 5,139 asistentes (65 hombres y 5,074 mujeres) divididos en 9 grupos terapéuticos, por unidad médica se ofrecieron 827 sesiones terapéuticas y asistieron un total de 5,139 (65 hombres y 5,074 mujeres)¹⁵ por SEPAVIGE se reporta un total de 456 sesiones con una asistencia total de 2,824 (1 hombre y 2,823 mujeres). Lo anterior se contrasta con los datos reportados en la evaluación del costo-efectividad (SEDESA, 2014a) de los tres modelos de atención psicológica, en donde la atención psicológica grupal¹⁶ se realizó conforme a tres modelos¹⁷: de 2007 a 2013 se atendió grupalmente a un total de 1,695 mujeres con edades entre 18 y 79 años¹⁸, la mayoría de ellas han vivido por más de 20 años en situación de violencia. En la evaluación se reporta que 976 mujeres (de 1,695) culminaron el tratamiento y fueron evaluadas en tres momentos (inicial, intermedio y final) para conocer el nivel de satisfacción. De los tres modelos el de terapia breve estratégica obtuvo un porcentaje de permanencia del 80.2 por ciento, le siguió el modelo de terapia psicodinámica breve con un 57.7 por ciento de permanencia, y el enfoque sistémico 39.1 por ciento, por lo que se deduce que de los 3

¹³ Los datos reportados en esta variable coinciden en las cifras por delegación y unidad médica con diferencia de lo reportado por las SEPAVIGE.

¹⁴ El tratamiento otorgado en estos grupos comprende 16 sesiones con duración de 2 horas a la semana.

¹⁵ En este caso las cantidades si coinciden entre lo reportado por delegación y unidades médicas.

¹⁶ Para la atención psicológica individual no hay referencia bajo que enfoque o modelo se realiza, ya que el documento es muy claro al marcar que es para la atención de lo que ellos denominan “grupos terapéuticos” y que a su vez solo se realiza en los SEPAVIGE y de ahí se justifica su creación e inserción a algunas de las unidades médicas del SEDESA.

¹⁷ En el documento referido se utiliza indistintamente “enfoque” o “Modelos” cuestión que habría que analizar habida cuenta de las connotaciones aplicables a cada uno de estos términos en el campo de la psicología clínica.

¹⁸ La atención psicológica en los SEPAVIGE tiene criterios de exclusión entre ellos la edad y el género (mujeres de 18 años) aún y cuando el PPAVG en sus objetivos incluya a hombres y mujeres menores y mayores de edad e inclusive se hable de la disminución de secuelas y daños en víctimas o “agresores” por lo que entonces la atención para este grupo desde el PPAVG queda a nivel de asesoría, consejería o referencia, pero que al analizar las referencias de los SEPAVIGE por ejemplo a centros de atención al menor se reporta cero casos.

modelos de atención, el modelo de terapia breve estratégica es el más efectivo y el de menor costo. Con respecto al tipo de violencia en ambos sistemas de información (IMA 2014- Costo- Efectividad de los modelos de atención psicológica) coinciden en que la violencia psicológica y física es donde se presentaron más casos. Sin embargo, es menester enfatizar que los datos entre un sistema y otro muestran discrepancias insalvables.

Actividades dentro de la estrategia de Sensibilización, capacitación, educación continua e investigación en violencia de género: el personal.

Sensibilización.

En cuanto a este rubro, el IGA refiere que llevó a cabo dicha actividad con un total de 2,402 personas; desglosados en el siguiente tipo de personal: mandos medios en la institución 1,085; personal de otra institución gubernamental 237, de la sociedad civil 82 sensibilizados, y personas en la comunidad 378, se observa una anomalía en el cálculo de la sumatoria de los datos.

Capacitación.

La capacitación del personal se realiza en dos grandes grupos, por una parte el de las psicólogas de los SEPAVIGE quienes atienden a las mujeres víctimas de violencia de género y el resto del personal de las unidades médicas del SSDF.

Para las psicólogas de los SEPAVIGE se establece que:

- Cuenten con capacitación constante en perspectiva de género, violencia de género y dinámica del ciclo de la violencia.
- Tengan conocimiento sobre fundamentos jurídico-administrativos vigentes que aplican en materia de violencia de género.
- Descarten sistemáticamente utilizar el método de intervención de terapia de pareja donde existe una dinámica violenta (SSA, 2014).

Cursos.

En los SEPAVIGE se reportan 52 cursos a los cuales asistieron un total de 452 personas (80 hombres y 372 mujeres). De igual manera reportan la asistencia de 847 personas que corresponden a otros no especificados. En esta misma variable se reportan por delegación 52 cursos, con un total de 1,768 personas capacitadas (437 hombres y 1331 mujeres). En cuanto al personal asistente, las cifras son similares a lo que se reporta por unidad médica, excepto en lo que corresponde al personal reportado como “otros” que en este caso representa 410 contra 847 por unidad médica. No se indican en el reporte las temáticas en las que se recibe la capacitación, para poder contrastarlo con lo que se establece en el perfil del personal de los SEPAVIGE.

Talleres.

En los SEPAVIGE se reporta que se realizaron 11 talleres con un total de 200 asistentes, sin embargo, por unidades médicas y delegación se reportan 27 talleres con 652 asistentes por unidad médica y 663 por delegación.

Diplomado¹⁹.

Lo que se encontró es que al menos en el último año el diplomado no ha sido ofertado a personal de los SEPAVIGE ni al personal de las unidades médicas.

Actividades dentro de la estrategia de Coordinación institucional e intersectorial: las referencias, contra referencias y reuniones.

¹⁹ En el PPAVG se hace referencia a la oferta de un diplomado en Prevención y Atención de la Violencia de Género, dirigido al personal de la SEDESA y otro a instituciones de los sectores público, social y privado con trabajo en violencia de género.

Referencias.

En los SEPAVIGE se realizaron un total de 1,381 referencias a diversas instituciones gubernamentales (INMUJERES DF, UAPVIF, ADEVI, CAVI, CTA, MP, delitos sexuales, proceso de lo familiar, atención al menor, SEPAVIGE y otros) entre las instancias a las que más se hacen referencias son al Ministerio Público (234) y a “otros” (391), de éstos últimos no se da a conocer la especificación a dónde se hacen tales referencias. Por delegación se hicieron 3,637 referencias, las instancias a las que se refieren mayor número de casos es al INMUJERES (736) y le sigue el Ministerio Público (686); al respecto destacan dos delegaciones (Gustavo A. Madero con 159 e Iztapalapa 285). Por unidad médica hubo 4,334 referencias, de las cuales 601 fueron a los SEPAVIGE.

El IGA reporta un total de 824 mujeres referidas; de las cuales 185 fueron a Agencias del Ministerio Público, 209 a otras instancias gubernamentales, 430 a organizaciones de la sociedad civil, y finalmente, no hubo casos referidos a refugios. En contraste con lo reportado en el IMA, en donde sí se especifican las instituciones gubernamentales a las cuales son referidas las mujeres, el instrumento del IGA no los detalla, por lo que no es posible realizar una comparación de dichos resultados, aún y cuando se trata de un informe parcial.

Contrarreferencias.

Por SEPAVIGE se reporta un total de 57 contrarreferencias, de las cuales 13 las hace delitos sexuales y 2 el Ministerio Público, si se analiza el dato observamos que la cantidad es mínima contrastando el número de referencias que los SEPAVIGE reportaron (234), el mismo análisis aplica para el caso de “otros” que reportan que contrarrefieren 13 casos de las 391 referencias. Por unidad médica sólo se registra 121 casos de contrarreferencias y es el Hospital Materno Infantil “Magdalena Contreras” el que reporta el mayor número de contrarreferencias²⁰. Por delegación²¹ se hicieron un total de 114 contrarreferencias

²⁰ Esta institución fue visitada con fines de encuesta pero no hubo personal que la respondiera.

que corresponde en mayor cantidad a delitos sexuales 15, Ministerio Público 13, 64 de otros no especificados y 6 de SEPAVIGE. Lo anterior indica que no se sabe si la población canalizada a las instancias es atendida o no, ejemplo de ello, es el dato de los hospitales que refirieron a los SEPAVIGE 601 casos y éstos SEPAVIGE reportaron 6 contrarreferencias a los hospitales.

Reuniones.

Por delegación se reportan un total de 626 reuniones realizadas, por unidad médica 636 y por SEPAVIGE 311 reuniones, lo que en el periodo de un año reporta un total de 6 reuniones semanales, lo que significa sostener al menos una reunión al día de lunes a sábado durante todas las semanas del año, situación difícil de cumplir toda vez que el personal de SEPAVIGE asiste sólo de lunes a viernes.

V.1.3. Revisión de la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión SIS-SS-17-P.

Para dar continuidad al análisis de los resultados obtenidos en los instrumentos de los sistemas de información se detallan los datos obtenidos en el SIS-SS-17-P (anexo 9), cuya información está relacionada con las estrategias de prestación de servicios de salud en cuanto al componente detección y atención del PPAVG.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las 30 Unidades Médicas que reportaron datos en el sistema SIS-SS-17-P, en el transcurso del año 2014 se atendieron un total de 885 casos, de los cuales 780 fueron mujeres, es decir 88.13 por ciento y 95 hombres, el 10.73 por ciento, además 10 no respondieron el ítem del sexo.

²¹ Para esta variable en su mayoría las delegaciones reportan cero casos y de las que si reportan se encuentran con el mayor número las delegaciones: Gustavo A. Madero y la Magdalena Contreras.

En cuanto a la intencionalidad de los casos atendidos, la situación de violencia fue catalogada como familiar en 799 de ellos, lo cual representa el 90.28 por ciento, y el resto del porcentaje se divide en situaciones accidentales, violencia no familiar, autoinflingido, entre otros.

La diversidad de tipos de violencia existentes es bastante conocida, así como la incidencia marcada en el tipo de violencia psicológica, la cual incluyó 406 casos atendidos, que representan el 45.87 por ciento; siguiendo casos de tipo físico con 268 eventos (30.28 por ciento) y 25 casos de tipo sexual (2.82 por ciento). Estos dos últimos valores coinciden con la información de la ENDIREH (2011). El porcentaje de violencia psicológica reportada en la ENDIREH prácticamente duplica al que se obtiene con este sistema de información asociado al PPAVG. De igual manera y haciendo referencia a la información del IMA son concordantes dichos resultados.

De acuerdo con lo manifestado por las usuarias, los eventos de violencia han sido repetitivos en 696 casos, lo que contrasta con los 125 casos de única vez. Las acciones de violencia bajo los efectos del alcohol han sido en solo 32 casos (3.61 por ciento), en 704 casos (79.54 por ciento) no fueron bajo efecto de drogas médicas, ilegales o alcohólicas.

El sitio de ocurrencia de dicha violencia es efectuada en la vivienda en el 85 por ciento de las veces, en comparación con otros espacios como la vía pública: 47 casos, (5.31 por ciento), otros lugares 26 casos (2.9 por ciento) y lugares no especificados 23 (2.5 por ciento).

En cuanto a los casos de violencia de tipo físico, las áreas anatómicas de mayor gravedad son: la cara 4.74 por ciento; las extremidades superiores 3.84 por ciento y la cabeza con 11.29 por ciento. Sin embargo, en esta variable es significativo el porcentaje de las usuarias y/o las servidoras que “desconocen el dato” al momento de realizar el llenado del instrumento, lo cual corresponde al 57.8 por ciento, también los datos que refieren otras áreas “no especificadas” son el 25.53 por ciento. Un elemento que resulta contrastante

en los resultados obtenidos del SIS, es la variable del parentesco que tiene la víctima con el agresor, los resultados evidencian que en su mayoría son los cónyuge/pareja/novio en 62.71 por ciento, seguido por la categoría “otro tipo de pariente” 9.15 por ciento, después aparece el padre de la víctima 7.57 por ciento y finalmente casos de un conocido sin parentesco 4.74 por ciento.

En cuanto al servicio de atención, éste se ha brindado a un total de 885 usuarios/as, de los cuales 71.86 por ciento han recibido un servicio especializado de atención a la violencia, fueron atendidos en consulta externa 12.54 por ciento y 7.34 por ciento en urgencias.

De estos 885 usuarios la atención psicológica se otorgó al 77.6 por ciento y médica a 16.38 por ciento. La mayoría de los casos, 460 pacientes, llegaron por iniciativa propia, lo que significa un 51.9 por ciento, y 39.2 fueron referidos por unidades médicas de los servicios estatales de salud.

Para 394 casos, es decir el 44.51 por ciento, posterior a recibir la atención inicial, el destino de las usuarias en su mayoría es al SEPAVIGE, otro 28.47 por ciento, se dirigen a su domicilio. Sin embargo, y aunque es menor el número de usuarias, si es importante mencionar que 4.06 por ciento si requirieron hospitalización por la gravedad, otro 5.19 por ciento fueron remitidos al Ministerio Público, y finalmente 4 casos fueron enviados a albergue o refugio. Dato que contradice el sistema IGA.

En síntesis la revisión y análisis documental, de información estadística internacional y nacional sobre la problemática de la violencia de género y de los sistemas de registro de información de la institución que coordina el PPAVG en el D.F., muestra que: en primer lugar la dimensión de la violencia es un fenómeno que está manifestando una visibilización exponencial, sin embargo, los datos, propuestas y programas con diversos niveles de actuación, no muestran resultados contundentes de sus efectos. Los documentos e investigaciones sobre violencia de género se encuentran en diversas áreas de conocimiento como son: las ciencias sociales, las humanidades y la salud. Dado que los

componentes del diseño del PPAVG sujeto a evaluación: Prevención y Atención involucran un enfoque multidisciplinario en el que convergen varias ciencias, un estado del arte que justifique o no un programa de esta naturaleza requiere una revisión y triangulación exhaustiva que sobrepasa el alcance en que se planteó la realización de esta evaluación. Sin embargo, se puede inferir que la numeralia sobre el tema es alarmante y que los resultados del PPAVG desde la información institucional, presenta una coincidencia limitada en los datos que reportan detección y atención de la problemática.

V.2. Análisis de la normatividad que rige al programa y derechos sociales que garantiza.

Dado que el Estado Mexicano se encuentra comprometido a garantizar los derechos humanos de las personas, tal como se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CDHCN, 2012), este compromiso es compartido en los niveles internacional, nacional y del Gobierno del Distrito Federal, conformándose un marco normativo resultado del trabajo en el que las organizaciones de la sociedad civil, han tenido una participación detonante en la búsqueda de condiciones para que las mujeres vivan una vida libre de violencia en la que prevalezcan los derechos humanos.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, estos esfuerzos se han visto plasmados en las declaraciones, convenciones y tratados internacionales, así como en leyes y reglamentos nacionales y del Distrito Federal, que actualmente son parte de la política pública con perspectiva de género que permea los programas sociales.

En este análisis presentamos cómo la prevención y atención de la violencia de género está regulada por ordenamientos jurídicos que definen los compromisos y obligaciones del Estado Mexicano, de las entidades federativas y en particular del Distrito Federal, que conforme se acercan a la población objetivo hacen más específicas las atribuciones y competencias asignadas a las instituciones. En el caso concreto del PPAVG que se está evaluando, se busca identificar el cumplimiento de los compromisos y normatividad jurídica internacional, nacional y local, a partir de su diseño y mecanismos operativos.

Se revisó el marco legislativo en relación a la violencia de género, en el que se observó que el PPAVG del D.F. no cuenta con un apartado específico de marco normativo, por lo que se tomaron en cuenta las reglas de operación que enlistan la normatividad que rige al programa.

Normatividad que incluye el *documento-programa 2014* o Reglas de operación.

Los programas para prevenir y atender la violencia contra las mujeres como política pública, han transitado por momentos históricos que al día de hoy integran una serie de disposiciones normativas, para generar modelos únicos que permitan integrar criterios y procedimientos eficaces y eficientes que posibiliten el acceso a una vida libre de violencia. En el programa (PPPAVG del D.F.) se enuncia como marco legal principalmente a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (CDHCU, 2007), sin desarrollar en el diseño su articulación con el programa en evaluación. Esta ley cobra vida en la legislación del Distrito Federal a través de una ley con el mismo nombre lo cual muestra la forma en que se articula la normativa local con la disposición federal.

Los documentos normativos que aparecen en las reglas de operación 2014 del PPAVG del D.F., además de las mencionadas en el párrafo anterior son: la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (ALDF, 1996), y la Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres en el Distrito Federal (ALDF, 2007) y dos internacionales que se analizan en el apartado siguiente.

En esta revisión se encontró que tanto el marco jurídico internacional, como nacional y D.F. han ido transformando su marco conceptual. En los instrumentos analizados se observa un tránsito conceptual de la violencia contra la mujer a la violencia de género. Se puede observar que las propuestas van encaminadas a la capacitación y difusión de las leyes, con la intención de que se conozcan y se integren a la estructura de los programas y en las prácticas de quienes trabajan en la prevención y atención de la violencia de género. El Gobierno del Distrito Federal ha contribuido en la construcción de este marco jurídico y tiene en sus manos el reto de implementar esta normatividad tanto en su política pública, como en sus programas sociales, así como capacitar a las personas que se encuentran trabajando tanto en la prevención como en la atención de la violencia de género.

V.2.1. Normatividad Internacional.

El origen de la normatividad nacional y del Distrito Federal se basa en los acuerdos, convenciones y tratados de carácter internacional los cuales propusieron alternativas comunes en donde los participantes generaban compromisos que posteriormente eran llevados a las naciones, las cuales suscribían dichos acuerdos, mismos que han posibilitado la existencia de avances en materia de legislación para prevención y atención a la violencia de género, que impacta la instrumentación de política pública y de programas sociales con perspectiva de género.

En materia de atención a la problemática de violencia contra las mujeres y de género se revisaron dos tratados internacionales: La Convención Belém do Pará (OEA, 2014) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW) (INMUJERES, 2002) que nutren y dan directriz a nuestro marco legislativo federal y local, generando la apertura de revisiones jurídicas y acciones tendientes a la armonización jurídica de dicho marco. Al revisar los instrumentos jurídicos podemos dar cuenta de la cadena de razón de ser de cada una de las leyes en materia de género, no obstante, aún no se ha logrado que la política pública y programas en esta materia integren las disposiciones mandatadas. En 2011, el Estado Mexicano realizó una reforma constitucional que elevó los Tratados Internacionales a nivel constitucional. Esta reforma en su artículo primero establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la misma y en los tratados internacionales de los son parte el Estado Mexicano, así como de las garantías para su protección. Por lo antes expuesto, los convenios y tratados internacionales se han convertido en ley de la república del Estado Mexicano, (ver tabla 12) lo anterior atendiendo al artículo 133 constitucional (CDHCU, 2012).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Belém do Pará es uno de los principales instrumentos para proteger los derechos

humanos de las mujeres, está dirigido a aplicar una acción concertada para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres, al tiempo que condena todas las formas de violencia contra la mujer perpetradas en el hogar, en el mercado laboral o por el Estado y/o sus agentes, tanto en el ámbito público como en el privado. También establece como necesario fortalecer la cooperación entre los Estados-parte en el desarrollo de los mecanismos, políticas, programas y planes necesarios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. “Es así como esta Convención revela la interacción positiva entre los sistemas internacional y nacional de los derechos humanos y representa una fuerza positiva de cambio para avanzar en la protección y promoción de los derechos de las mujeres en nuestro país. Ejemplo de ello es la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, decretada en 2007, que no hubiera sido posible sin esa contribución – interacción proveniente de la esfera internacional” (SRE, 2008: 8).

Por otra parte, la CEDAW reconoce que para lograr una plena igualdad entre el hombre y la mujer, es necesario modificar el papel tradicional de ambos en la sociedad y en la familia. Este ordenamiento reconoce la importancia de trabajar en el replanteamiento de patrones socioculturales.

Como muestra del seguimiento del Estado Mexicano a los compromisos internacionales, en el 2010 se dio respuesta a la segunda ronda de evaluación multilateral del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana (MESECVI) (SER, 2008) y, del análisis de dicha respuesta se reconoce que las 31 entidades federativas y el Distrito Federal cuentan con sus respectivas leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, que es la base legal necesaria para la definición de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos hacia la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género.

Tabla 12. DOCUMENTOS NORMATIVOS INTERNACIONALES.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN
<p>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará” (1994)</p>	<p>Refiere que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. Conviene la adopción de <u>políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar</u> dicha violencia.</p> <p>Su mecanismo de seguimiento es el MESECVI (Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención Belém Do Pará”). En el cuestionario de la segunda ronda de evaluación multilateral del MESECVI (2008) se reconoce a las leyes: General de acceso a las mujeres y de los estados y el D.F. como base legal necesaria para la definición de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos hacia el objetivo.</p>
<p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1981)</p>	<p>Propone acelerar la igualdad entre hombre y mujer trabajando en la transformación de patrones socioculturales.</p>

Fuente: Elaboración propia documentos base del diseño del programa

V.2.2. Normatividad Nacional.

Dentro del marco normativo nacional (ver tabla 13) se han instrumentado a nivel Federal tres normativas que son articuladoras de los derechos humanos de las mujeres y de los compromisos internacionales que el gobierno mexicano ha firmado los cuales son: la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (CDHCN, 2006); la Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia (CDHCN, 2007) y como norma del sector salud la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (SSA, 2009).

Tabla 13. LEYES NACIONALES RELACIONADAS AL PPAVG.

NOMBRE DE LA LEY	DESCRIPCIÓN
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006)	Conducción de Política Nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres que garantice la igualdad de oportunidades. Propone los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten a la nación hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación basada en el sexo.
Ley General y de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia (LGAMVLV) (2007)	Su objeto es establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar, erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia. Define los tipos y modalidades de violencia, las definiciones que emanan han sido pilares sustantivos para establecer los ejes de las políticas públicas en la materia. Como mecanismo de coordinación para el cumplimiento a la Ley, el 3 de abril de 2007 se instaló el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Sistema Nacional), como órgano colegiado, con el objeto de conjuntar esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres entre la federación, las entidades federativas y los municipios. De esta disposición jurídica emerge el Programa Integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Crea lineamientos para los modelos de prevención y atención a la violencia contra las mujeres. Esta ley señala la coordinación interinstitucional y las medidas de prevención y atención en las que Salud debe incorporarse.
NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Secretaría de Salud	Tiene por objeto establecer los criterios a observaren la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos (SSA, 2009b:10)

Fuente: Elaboración propia con leyes afines a los planteamientos del documento programa.

Como se puede observar esta normativa busca establecer las formas de articulación entre las diversas entidades federativas, el Distrito Federal y las instituciones que ofrecen servicios para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia y se constituye en un marco general para optimizar los esfuerzos en esta materia bajo la búsqueda de una sociedad igualitaria con respeto a los derechos humanos.

V.2.3. Normatividad del Distrito Federal.

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo primero, se reconoce la obligatoriedad de la observancia de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. En el caso del Distrito Federal (ver tabla 14) en materia de prevención y atención de la violencia familiar y de género podríamos considerar que desde abril de 1996 se cuenta con la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (ALDF, 1996), la Ley y Reglamento de Desarrollo Social de Distrito Federal (LDSDF) (ALDF, 2000 y ALDF, 2006), esta ley es una de las más avanzadas en la materia; desde el año 2000 (en el marco del primer gobierno electo en el Distrito Federal) se estableció lo que debiera ser la orientación fundamental de los esfuerzos institucionales para la promoción del desarrollo social: “Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social...” (ALDF, 2000: 1). Posteriores a esta ley se publicaron tres leyes relativas a la igualdad y a la atención de la violencia, mismas que se describen a continuación.

Tabla 14. LEYES EN EL DISTRITO FEDERAL RELACIONADAS CON EL PPAVG.

NOMBRE DE LA LEY	DESCRIPCIÓN
1. Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres del Distrito Federal (2007)	Su objeto es regular, proteger y garantizar el cumplimiento de las obligaciones en materia de igualdad sustantiva entre el hombre y la mujer, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación en los ámbitos público y privado; así como el establecimiento de acciones afirmativas a favor de las mujeres y de mecanismos institucionales que establezcan criterios y orienten a las autoridades competentes del Distrito Federal en el cumplimiento de esta ley. Promueve la atención con enfoque diferencial y especializado conforme al cual las autoridades deban tomar en cuenta la edad, sexo, etnia, condición de discapacidad, orientación sexual y otras características de las víctimas, además de reconocer el derecho a que las políticas públicas en la materia tengan un enfoque transversal de género. Establece la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

<p>2. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLVDF) (2008)</p>	<p>Este ordenamiento marca procedimientos concretos para el D.F. para la prevención y atención de la violencia. Señala la coordinación operativa de las dependencias y entidades. Puntualiza en materia prevención y atención: 1. El conjunto de acciones que deberán llevar a cabo las dependencias y entidades del Distrito Federal para evitar la comisión de delitos y otros actos de violencia contra las mujeres, atendiendo a los posibles factores de riesgo tanto en los ámbitos público y privado. 2. Establece lineamientos y procedimientos en materia de prevención y atención a la violencia de género. 3. Establece un órgano de coordinación interinstitucional presidido por el jefe de gobierno cuyo enlace es el INMUJERESDF. Se instalan tres comités (prevención, atención, y acceso a la justicia). La Secretaría de Salud integra los comités de prevención y atención. La coordinación interinstitucional de esta ley es coordinada por el Sistema Nacional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.</p>
<p>3. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (1996)</p>	<p>Este ordenamiento: 1. Otorga atribuciones a la Secretaría de Salud para participar en la elaboración del Programa General para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal. 2. Fomenta y fortalece la coordinación, colaboración e información entre las instituciones públicas y privadas que se ocupen de esa materia. 3. Da lineamientos administrativos y técnicos en esta materia, así como de los modelos de atención más adecuados para esta problemática. 4. Refiere que la atención especializada proporcionada en materia de violencia familiar será tendiente a la protección de los receptores de tal violencia, así como a la reeducación respecto a quien la provoque en la familia. 5. EL personal de las instituciones deberá ser profesional y acreditado por las instituciones educativas públicas o privadas, debiendo contar con la inscripción y registro correspondiente ante la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social. 6. Atribuye a la Secretaría de Salud a operar y coordinar las unidades de atención a través de las Delegaciones, así como vigilar que cualquier otro centro que tenga como objeto la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar cumpla con los fines de la Ley, desarrollar programas educativos, para la prevención de la violencia familiar 7. Establece el sistema de registro de la información estadística en el Distrito Federal sobre violencia familiar. 8. Lleva registro de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que trabajen en materia de violencia familiar en el Distrito Federal 9. Esta ley tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar del Distrito Federal</p>

Fuente: Elaboración propia con leyes del Distrito Federal afines los planteamientos del documento programa.

La normativa del Distrito Federal en relación al tema de la violencia, que es el eje articulador del programa en esta evaluación, muestra que hay una armonización consistente y una preocupación común por que cada instrumento mantenga una identidad y aporte a una solución de conjunto. Particularmente podemos destacar que se enuncia de manera puntual en los objetivos de las tres leyes del D.F. analizadas el tema-

problema, desde dos miradas que son la violencia contra las mujeres y la violencia familiar, esta última ocurre en el ámbito doméstico, mismo en el que, las condiciones de subordinación de las mujeres hacia los hombres, hasta los datos de las encuestas nacionales prevalecen y las coloca en situación de mayor vulnerabilidad.

V.2.4. Los derechos sociales que garantizan los programas de prevención y atención de la violencia de género.

Entre los documentos internacionales revisados para comprender los derechos sociales que se vinculan con el PPAVG, se encuentran las declaraciones en derechos humanos de la Convención y pacto de Costa Rica (CASDH, 1981) y el Protocolo de San Salvador (OEA, 1988), los cuales se compararon con el marco normativo del Distrito Federal en referencia a la Ley Desarrollo Social del Distrito Federal (2000) y su reglamento respectivo en donde se plasman los derechos sociales y el informe del estado del Desarrollo Social del Distrito Federal relativo al desarrollo social y de los derechos humanos.

Los derechos sociales están salvaguardados en la Constitución, en su artículo primero en donde se reconoce la obligatoriedad de la observancia de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Para el caso del programa en evaluación estos derechos son: a la no discriminación y a la salud, ambos se definen en la tabla 15.

Con el fin de asegurar el acceso a los Servicios de Salud con perspectiva de género, se avanza en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal en donde las acciones de protección, promoción y prevención son un eje prioritario en pro del mejoramiento de la salud y de la atención de la población en situación de vulnerabilidad. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (CDHCN, 1986) enfatiza que el Sistema Nacional de Salud es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del Derecho a la Protección de la Salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones. Los servicios de salud son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger, promover y restaurar su

salud. En tal sentido el Gobierno del Distrito Federal ha implementado su sistema para los habitantes de la ciudad de México.

Tabla 15. DERECHOS SOCIALES QUE BUSCA GARANTIZAR EL PPAVG.

DERECHO SOCIAL	DEFINICIÓN
No discriminación	Todas las personas son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley contra toda discriminación que infrinja la Declaración Universal de los Derechos Humanos
Derecho a la Salud	Toda persona tiene derecho a la aplicación de medidas destinadas a proteger la salud y el bienestar de las personas; y a que se establezcan y mantengan las condiciones adecuadas para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social

Fuente: CONEVAL sobre los derechos sociales <http://www.coneval.gob.mx/>.

Los Derechos Sociales Universales se asumen como un reconocimiento de las garantías de la población, donde la política social del Distrito Federal orienta la demanda de la sociedad y la legítima. La LDSDF en su artículo 1° fracción 2 establece: “Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social”

Los servicios de atención médica representan un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación. En la tabla 16 se recuperan los textos de las declaraciones internacionales y los documentos locales que permiten comprender el alcance de los derechos sociales.

Tabla 16. DECLARACIONES Y DOCUMENTO QUE PLASMAN LOS DERECHOS SOCIALES.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	DERECHOS SOCIALES
Declaración Universal de los Derechos Humanos (UNESCO, 2008)	“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”(Artículo 25º)
“Protocolo de San Salvador” sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)	“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; la atención primaria de la salud, entendida como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”(Artículo 10º)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (OEA, 1998)	El derecho a la salud debe otorgarse en su más alto nivel posible de disfrute. Impone a los Estados obligaciones específicas que implican una serie de medidas que se deberán adoptar con el fin de satisfacer las demandas de este derecho. (Artículo 12º)
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Se reconoce la obligatoriedad de la observancia de los tratados internacionales en materia de derechos humanos (Artículo. 1º).”Toda persona tiene derecho a la protección a la Salud” (Artículo 4º) Lo anterior representa que los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud son la base para llevar a cabo los programas de gobierno a nivel salud.
Ley de Desarrollo Social del D.F. (LDSDF)	Tiene una clara orientación de promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los habitantes del Distrito Federal.
Ley de Salud del Distrito Federal (LSDF)	Establece la garantía para que todos los habitantes tengan acceso a los servicios sin importar “...su edad, género, condición económica o social, identidad étnica”. (Artículo2º) Se estipulan los principios que guiarán el cumplimiento del derecho a la protección a la salud: universalidad, equidad y gratuidad.(Artículo 3º)

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo de donde se sintetizan los derechos sociales.

A partir de la revisión de los textos que se han referido y relacionándolos con el diseño del PPVAG no se aprecia la relación con la normativa internacional, con otras entidades federativas ni con la del Distrito Federal para prevenir y atender la violencia contra las mujeres, así como tampoco se observa la vinculación con el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (SNPASEVM), ni su articulación con el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. En el PPAVG del D.F., no se desarrolla la participación y atribuciones que este tendrá con el SNPASEVM.

En cuanto a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida libre de Violencia (LGAMVLV) (CDHCU, 2007); no se observa su aplicación en el diseño, el desarrollo de

lineamientos y criterios de operación del PPAVG, sin embargo, el programa en su diseño la enuncia. El Distrito Federal se coordina con este SNPASEVM a través de su Ley y reglamento de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia, creando su órgano de coordinación. El PPAVG del D.F. no denota en su diseño los procedimientos de articulación, vinculación y de coordinación interinstitucional con los mandatos de este ordenamiento. Al revisar la definición de los derechos sociales que debería garantizar el PPAVG, pudimos constatar que en su diseño no han sido definidos.

Con base en el análisis del marco normativo se desprende que el PPAVG no cuenta en su diseño con los mecanismos y lineamientos para articularse con la normatividad internacional, nacional y del Distrito Federal, por lo que se sugiere se implemente una reingeniería del PPAVG, que considere la articulación y vinculación con los compromisos que el sector salud tiene en relación con la prevención y atención a la violencia de género, además de que cuente con indicadores de seguimiento y evaluación que permitan visualizar la integración de dichos compromisos así como del cumplimiento a los derechos sociales.

V.3. Articulación entre objetivos, estrategias y acciones del programa y su alineación a los instrumentos de planeación nacionales y del Distrito Federal.

La valoración de la congruencia del PPAVG con los instrumentos de planeación nacional y del Distrito Federal es otro de los elementos que conforman esta evaluación externa de acuerdo a la metodología propuesta y a los términos de referencia. Se realizó tomando en cuenta los siguientes elementos:

- a) La articulación del programa a partir de su alineación con los instrumentos de planeación nacional (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018).
- b) La articulación del programa a partir de su alineación con los instrumentos de planeación sectorial (Programas Sectoriales de Desarrollo 2013-2018 de las Secretarías de Salud y Desarrollo Social).
- c) La articulación del programa a partir de su alineación con los instrumentos de planeación local (Programa General de Desarrollo del D.F. 2013-2018, Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del D.F. y, el Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud).

V.3.1. Alineación del programa con los instrumentos de planeación nacional, sectorial y del Distrito Federal del desarrollo social.

Una vez que fueron revisados y analizados los documentos antes mencionados, se encontró que en este nivel de planeación (normativo-estratégica), hay evidencia suficiente para afirmar que el tema de la violencia es identificado como prioritario para su atención, sobre todo el de la violencia contra la población con mayor vulnerabilidad, entre los que se encuentran las mujeres, menores de edad, jóvenes y adultos mayores.

Otro hallazgo indica que el tema de la violencia y en especial la violencia contra la mujer, es considerado un problema de salud pública y por tanto se ubica como tema transversal en este nivel de planeación, asignando mayor responsabilidad a los sectores de Desarrollo Social, Educación y Salud.

El tema de la violencia está vinculado con los Derechos Humanos y la seguridad, por lo que se encuentra armonizado con los instrumentos comentados, considerando que el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, es el eje rector de las acciones de gobierno y por tanto se convierte en política pública.

La estructura de los documentos que se han revisado permite identificar la ubicación del tema de la violencia de género así como las estrategias para su atención, esta información se presenta en la tabla 17.

Tabla 17. ESTRUCTURA DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN NACIONAL Y UBICACIÓN DEL PPAVG.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LOS EJES/OBJETIVOS	ENFOQUES TRANSVERSALES
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (SEGOB, 2013)	1. México en Paz 2. <u>México Incluyente</u> 3. México con Educación de Calidad para Todos 4. México Próspero 5. México con Responsabilidad Global	1. Democratizar la Productividad 2. <u>Gobierno Cercano y Moderno</u> 3. <u>Perspectiva de Género</u>
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018 (GDF, 2014b)	Obj. 1. Fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales Obj. 2. Construir un entorno digno que propicie el desarrollo Obj. 3. Dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza. Obj. 4. <u>Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas.</u> Obj. 5. Fortalecer la participación social para impulsar el desarrollo comunitario Obj. 6. Mejorar el ingreso de las personas en situación de pobreza	1. Democratización de la Productividad 2. <u>Perspectiva de Género</u>
Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (GDF, 2014c)	Obj 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades Obj 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad Obj 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida Obj 4. <u>Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país</u> Obj 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud Obj 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud	1. <u>Perspectiva de Género</u>

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre el análisis de objetivos nacionales y el diseño del programa.

Los instrumentos de planeación nacional están articulados con el PPAVG en términos del tema-problema que se atiende (ubicado en los apartados de diagnóstico) y las acciones encaminadas para su atención (encontradas en las áreas de oportunidad, objetivos y líneas de acción). También se identificó que los objetivos, estrategias y líneas de acción asignadas a las Secretarías de Salud y Desarrollo Social se encuentran armonizadas y son complementarias, guardando equilibrio y respetando las funciones de cada sector.

De igual manera se pudo verificar que los objetivos estratégicos incorporan acciones de atención integral, para la prevención y atención así como las relativas a los aspectos normativos. En la tabla 18 se presenta la información desagregada.

Tabla 18. ARTICULACIÓN DEL PPAVG CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN NACIONAL.

PROGRAMA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	L. Acción 1	L. Acción 2	L. Acción 3	L. Acción 4	L. Acción 5	L. Acción 6
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 VI.2. México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población	2.1.2. Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva	NO APLICA					
	2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.	2.2.2. Articular políticas que atiendan de Manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.	NO APLICA					

Programa Sectorial de Salud 2013-2018	Obj. 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país	4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género	4.4.1. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades de salud	4.4.2. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en espacios públicos	4.4.3. Coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia	4.4.4. Ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género.	4.4.5. Promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados.	4.4.6. Instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis a VIH y otras ITS ante violencia sexual
Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018	Obj. 4 Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas	4.4. Prevenir y atender la violencia contra las mujeres a través del fortalecimiento de las instancias de mujeres en las entidades federativas y su coordinación con otras instancias públicas.	4.4.1 Fortalecer la vinculación de las instancias de mujeres en las entidades federativas con instituciones públicas, organizaciones sociales y otros actores	4.4.2 Impulsar acciones que promuevan la armonización legislativa y su cumplimiento en materia de prevención y atención de la violencia de género	4.4.3 Promover acciones de difusión, información y sensibilización para prevenir la violencia de género	4.4.4 Fortalecer los mecanismos operativos de atención integral a las mujeres en situación de violencia de género y, en su caso, a sus allegados	4.4.5 Mejorar y profesionalizar la atención que brindan los actores públicos y sociales a las mujeres en situación de violencia de género	NO APLICA

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre el análisis de objetivos nacionales y acciones del diseño del programa.

Para revisar la articulación del PPAVG con los instrumentos de planeación del Gobierno del Distrito Federal se siguió la misma metodología, y se encontró que el nivel de planeación de los instrumentos mencionados en párrafos anteriores, también es de tipo estratégico-operativo y se puede dar cuenta que el tema-problema (violencia de género) se encuentra presente en estos documentos como uno de los asuntos prioritarios en la agenda del Gobierno del Distrito Federal.

En el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (GDF, 2014a) la violencia de género se aborda como un problema de salud pública y está vinculada a la de Igualdad de Género. Es categorizado de manera transversal y multisectorial, ya que se considera que el *“problema de la desigualdad entre mujeres y hombres no puede tratarse en forma sectorial, sino que sus soluciones deben integrarse en todas las políticas y programas, a todos los niveles y en todos los momentos de la acción política: diagnóstico, formulación, diseño, implementación, presupuestación y evaluación”* (GDF, 2013: 7).

El Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2013-2018 (GDF, 2014), se articula con el PPAVG de manera directa y prioritaria, al establecer objetivos, metas, indicadores y políticas públicas para la atención de la violencia y de manera particular a la violencia de género. Además incorpora el enfoque transversal denominado: *Perspectiva de Género*. Lo vincula de manera integral con los sectores, seguridad, educación, cultura y salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del D.F. (GDF, 2014c), no contiene entre sus objetivos, metas sectoriales, indicadores y políticas públicas, el abordaje del tema de la violencia de género, así como del programa específico de PPAVG. Se hace una mención, de manera general, que para el cumplimiento de las estrategias que marca el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 se atenderán de manera prioritaria, los problemas sanitarios entre los que se incluye la prevención y atención de la violencia de género.

Para ubicar al PPAVG en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del D.F. fue necesaria la revisión del Programa de Trabajo 2014 de esta Secretaría, documento en el cual se retomaron los objetivos del Programa Sectorial de Salud y se agregan como actividades institucionales las acciones del PPAVG como son: la promoción de una cultura de prevención de la violencia, la atención integral a mujeres víctimas de violencia, la educación continua y la formación de recursos humanos en salud.

Es importante destacar que en el Programa Sectorial de Salud en el D.F. así como en el Programa Operativo Anual de la misma Secretaría, no se visibiliza el tema de violencia de género ni el PPAVG por lo que se hace necesario posicionarlo como prioritario en esta Secretaría y así oficializar su presencia en todo el sector.

A través de la estructura y contenido general de los instrumentos de planeación del D.F. local, se pudo identificar las presencias y ausencias del tema-problema a atender así como del propio PPAVG como se aprecia en las tablas 19 Y 20.

Tabla 19. ESTRUCTURA DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL Y UBICACIÓN DEL PPAVG.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	NOMBRE DE LOS EJES/OBJETIVOS	ENFOQUES TRANSVERSALES
Programa General de Desarrollo del D.F. 2013-2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano</u> 2. Gobernabilidad, Seguridad y Protección Ciudadana 3. Desarrollo Económico Sustentable 4. Habitabilidad y Servicios, Espacio Público e Infraestructura 5. Efectividad, Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Derechos Humanos</u> 2. <u>Igualdad de Género</u> 3. Participación Ciudadana 4. Transparencia 5. Innovación, Ciencia y Tecnología 6. Sustentabilidad 7. Desarrollo Metropolitano 8. Acción Internacional
Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2014-2018	<p>Área de oportunidad: Discriminación y Derechos Humanos</p> <p><u>Área de oportunidad: Violencia</u></p> <p>Área de oportunidad: Alimentación</p>	<p>Estrategias transversales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Democratizar la Productividad 2. <u>Perspectiva de Género</u> <p>Enfoques de la Política Social de Nueva Generación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas con Discapacidad 2. Pueblos Indígenas 3. Participación Social 4. <u>Derechos Humanos</u>
Programa Sectorial de Salud del D.F. 2013-2018	<p>Obj. 1. Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas</p> <p>Obj. 2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud</p> <p>Obj. 3. Reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino</p> <p>Obj. 4. Disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada</p> <p>Obj. 5. Reducir el sedentarismo físico en la población del D.F.</p> <p>Obj. 6. Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.</p>	<p>Dice: ..."<i>Estrategias que atiendan de manera prioritaria los problemas sanitarios incluidos en el Programa General de Desarrollo del DF...<u>Prevención y Atención de la Violencia de Género</u></i>"</p>

<p>Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud del D.F.</p>	<p>Obj. 1. Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas Obj. 2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud Obj. 3. Reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino Obj. 4. Disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada Obj. 5. Reducir el sedentarismo físico en la población del D.F. Obj. 6. Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.</p>	<p>1. <u>Actividades institucionales de la Secretaría de Salud del D.F., 2014</u> 2. Actividades sustantivas de la Secretaría de Salud del D.F., 2014 3. Actividades sustantivas de reciente creación de la Secretaría de Salud del D.F., 2014</p>
--	---	--

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre el análisis de objetivos locales y el diseño del programa.

Tabla 20. ARTICULACIÓN DEL PPAVG CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN LOCAL.

PROGRAMA	PND 2013-2018	PGDDF 2013-2018			LÍNEAS DE ACCIÓN		
	EJE NACIONAL	ÁREA DE OPORTUNIDAD	OBJETIVO	META	1	2	3
Programa General de Desarrollo del D.F. 2013-2018	Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano	5: violencia Persisten diversos tipos y modalidades de violencia hacia las personas, especialmente en función de su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras.	OBJETIVO 1 Disminuir la comisión de delitos o actos de violencia, en todas sus modalidades y tipos, atendiendo a los posibles factores de riesgo.	META 1 Establecer estrategias educativas, culturales y de comunicación que permitan el reconocimiento y fortalecimiento de los derechos humanos, la interculturalidad, una vida libre de violencia y la justicia con perspectiva de género.	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar campañas en todas las dependencias y delegaciones de prevención y eliminación de la violencia en todos sus tipos y modalidades, en coordinación con la Federación y los estados y municipios de la ZMVM. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover la cultura de la denuncia y la confianza en las instituciones con atribuciones en materia de violencia 	
				META 2 Generar un entorno urbano que permita su uso y disfrute seguro, a través de acciones que fortalezcan el tejido social.	<ul style="list-style-type: none"> Promover el conocimiento por parte de las personas en situación de vulnerabilidad sobre los diversos tipos y modalidades de violencia. 		
				META 3 Desarrollar mecanismos interinstitucionales, intergubernamentales y de participación ciudadana para mejorar los programas en materia de prevención de la violencia en el Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de prevención de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia. 	
			OBJETIVO 2 Atender de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a	META 1 Fortalecer modelos integrales para la atención específica de mujeres, personas mayores, niñas y niños, indígenas, jóvenes, personas en situación de calle y la	<ul style="list-style-type: none"> Establecer protocolos integrales para la atención a víctimas de violencia en todas las instancias con atribuciones en la materia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia. 	

			las víctimas de cualquier tipo o modalidad de violencia.	población LGBTTTI que sean víctimas de violencia.			
				META 2 Establecer un sistema de recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información producida por los entes públicos del Gobierno del Distrito Federal en materia de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar información desagregada sobre las personas que son víctimas de violencia considerando etnia, edad, sexo, preferencia u orientación sexual y situación de calle que permita la mejor atención de la problemática asociada a violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir los datos y resultados que se obtengan del sistema de recolección de información en esta materia y retomarlos como un insumo para la elaboración y evaluación de programas sociales y políticas públicas. 	
			OBJETIVO 3 Hacer efectiva la exigibilidad de los derechos de las víctimas de violencia, bajo los principios de igualdad y no discriminación, en los ámbitos civil, familiar y penal, entre otros.	META 1 Fortalecer los procedimientos y mecanismos para la exigibilidad de los derechos de las víctimas de violencia, particularmente en el derecho al acceso a la justicia y a la reparación del daño.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de acceso a la justicia en materia de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar y mejorar las medidas para la protección, acompañamiento, representación jurídica y, en su caso, reparación del daño dirigidas hacia las víctimas de violencia. 	Fortalecer los mecanismos para inhibir los actos de corrupción en la impartición de justicia y para impartirla de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo y modalidad
		5: violencia Persisten diversos tipos y modalidades de violencia hacia las personas, especialmente en función de su	OBJETIVO 1 Disminuir la comisión de delitos o actos de violencia, en todas sus	Participar en el diseño de las estrategias educativas, culturales y de comunicación, a partir de las competencias de los entes públicos responsables, que permitan la convivencia armónica, el respeto a la diversidad, la	Impulsar campañas en todas las dependencias y delegaciones de prevención y eliminación de la violencia en todos sus tipos y modalidades, en coordinación con la Federación y los Estados y		

Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2014-2018	<p>origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras</p>	<p>modalidades y tipos, atendiendo a los posibles factores de riesgo.</p>	<p>interculturalidad y la cultura de la paz y resolución no violenta de conflictos, bajo una perspectiva de corresponsabilidad.</p>	<p>Municipios de la ZMVM.</p>		
		<p>OBJETIVO 2 Atender de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo o modalidad de violencia.</p>	<p>Creación y establecimiento de Modelos de Atención Específicos para mejorar la atención y prevención de la violencia en la Ciudad de México, para 2015.</p>	<p>Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de prevención de la violencia</p>	<p>Fomentar el empoderamiento de las personas que sufren algún tipo de violencia</p>	
			<p>Implementar los diferentes modelos de atención especializados a víctimas de violencia, en todos los entes públicos del Gobierno de la Ciudad de México, para brindar un servicio integral y demás acciones para su atención oportuna y eficaz en 2018.</p>	<p>Establecer protocolos integrales para la atención a víctimas de violencia en todas las instancias con atribuciones en la materia</p>	<p>Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia</p>	
			<p>Generar un Sistema Estadístico Único de Información sobre personas víctimas de violencia, considerando edad, sexo, etnia, orientación sexual y población callejera, para la generación de datos estadísticos que contribuyan a la elaboración y evolución de los programas sociales y las políticas públicas, con la participación de los entes públicos vinculados en el tema, para 2018.</p>	<p>Generar información desagregada sobre las personas que son víctimas de violencia considerando etnia, edad, sexo, preferencia u orientación sexual y situación de calle, que permita la mejor atención de la problemática asociada a violencia.</p>	<p>Difundir los datos y resultados que se obtengan del sistema de recolección de información en esta materia y retomarlos como un insumo para la elaboración y evaluación de programas sociales y políticas públicas.</p>	

PROGRAMA	PND 2013-2018	PROGRAMA			LÍNEAS DE ACCIÓN/ACTIVIDADES INSTITUCIONALES			
	EJE NACIONAL	ÁREA DE OPORTUNIDAD	OBJETIVO	META	1	2	3	4
Programa Sectorial de Salud del D.F. 2013-2018		NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA
Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud del D.F.		NO INDICA	NO INDICA	NO INDICA	1.- Promoción de una cultura de prevención de la violencia	21.- Atención integral a Mujeres víctimas de violencia	22.- Educación Continua en Recursos Humanos de Salud	23.- Formación de Recursos Humanos de Salud

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre el análisis de objetivos locales con metas y acciones del diseño del programa.

En síntesis se puede afirmar que:

- Existe articulación entre los objetivos, estrategias y acciones de los instrumentos de planeación nacional 2013-2018 con el PPAVG
- Existe articulación entre los objetivos, estrategias y acciones del Programa General de Desarrollo 2013-2018 del Distrito Federal con el PPAVG
- Existe articulación entre los objetivos, estrategias y acciones del Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión 2013-2018 del Distrito Federal con el PPAVG
- No existe articulación entre los objetivos, estrategias y acciones del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del Distrito Federal con el PPAVG
- No existe articulación entre los objetivos, estrategias y acciones del Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud con el PPAVG
- Existe articulación entre las actividades institucionales (1, 21,22 y 23) del Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud con el PPAVG

V.4. Contribución del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género al cumplimiento de los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación del Distrito Federal.

El análisis de la contribución del PPAVG al cumplimiento de los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación del D.F. se realizó tomando en cuenta los siguientes documentos:

- d) El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.
- e) El Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del Distrito Federal 2013-2018 y,
- f) El Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018 así como el programa de trabajo 2014 de la Secretaría de Salud.

La contribución al cumplimiento de los objetivos estratégicos de los instrumentos de planeación local, se identifica una vez que los objetivos, metas y acciones del PPAVG se encuentran alineados de manera directa o indirecta, por ello, el análisis de la articulación entre estos documentos presentado en el apartado V.3 de este informe, sirve como fundamento para llevar a cabo la siguiente valoración.

V.4.1. Contribución del PPAVG a los objetivos estratégicos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

El Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018, tiene la siguiente estructura: a) Presentación, b) Introducción, c) Antecedentes, Contexto, Retos y Visión de Nuestra Ciudad, d) Ejes estratégicos y, e) Enfoques transversales.

Los cinco ejes estratégicos son los siguientes:

- Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano
- Eje 2. Gobernabilidad, Seguridad y Protección Ciudadana
- Eje 3. Desarrollo Económico Sustentable
- Eje 4. Habitabilidad y Servicios, Espacio Público e Infraestructura
- Eje 5. Efectividad, Rendición de Cuentas y Combate a la Corrupción

Los ocho enfoques transversales son: 1) Derechos Humanos, 2) Igualdad de Género, 3) Participación Ciudadana, 4) Transparencia, 5) Innovación, Ciencia y Tecnología, 6) Sustentabilidad, 7) Desarrollo Metropolitano y, 8) Acción Internacional.

El PPAVG contribuye de manera **directa** al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 (ver tabla 21) a través del

eje denominado: **Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano** y el enfoque transversal que lleva por nombre: **Igualdad de Género**.

Tabla 21. CONTRIBUCIÓN DIRECTA DEL PPAVG A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PROGRAMA GENERAL DE DESARROLLO DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018.

Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	
Eje 1	Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano
Área de oportunidad 5: Violencia	Persisten diversos tipos y modalidades de violencia hacia las personas, especialmente en función de su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras
Objetivos estratégicos	<p>Objetivo 1. Disminuir la comisión de delitos o actos de violencia, en todas sus modalidades y tipos, atendiendo a los posibles factores de riesgo</p> <p>Objetivo 2. Atender de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo o modalidad de violencia</p> <p>Objetivo 3. Hacer efectiva la exigibilidad de los derechos de las víctimas de violencia, bajo los principios de igualdad y no discriminación, en los ámbitos civil, familiar y penal, entre otros</p>
Enfoque transversal	2. Igualdad de Género: Garantizar el acceso a la salud integral, calidad de vida, integridad y seguridad, así como el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres en todas las etapas del ciclo de vida.

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo sobre el análisis del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 con el diseño del programa.

El eje *Inclusión social para el desarrollo humano* está destinado a garantizar el acceso a la salud integral, calidad de vida, integridad y seguridad, así como el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres en todas las etapas del ciclo de vida, en éste, se ubica el área de oportunidad, denominada: **violencia**, en la cual, se reconoce la existencia de diferentes tipos y modalidades de violencia hacia las personas. De esta área de oportunidad se desprenden tres objetivos estratégicos, seis metas y 16 líneas de acción y se contribuye de manera directa en seis metas (100%) y 13 líneas de acción (81.25%) como se aprecia en la tabla 22.

Tabla 22. OBJETIVOS, METAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA GENERAL DE DESARROLLO DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018, CON LAS QUE CONTRIBUYE DE MANERA DIRECTA EL PPAVG.

Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	
Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano	Área de oportunidad 5: Violencia
Objetivo 1. Disminuir la comisión de delitos o actos de violencia, en todas sus modalidades y tipos, atendiendo a los posibles factores de riesgo.	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Establecer estrategias educativas, culturales y de comunicación que permitan el reconocimiento y fortalecimiento de los derechos humanos, la interculturalidad, una vida libre de violencia y la justicia con perspectiva de género.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar campañas en todas las dependencias y delegaciones de prevención y eliminación de la violencia en todos sus tipos y modalidades, en coordinación con la Federación y los estados y municipios de la ZMVM. • Promover la cultura de la denuncia y la confianza en las instituciones con atribuciones en materia de violencia.
Meta 2. Generar un entorno urbano que permita su uso y disfrute seguro, a través de acciones que fortalezcan el tejido social.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el conocimiento por parte de las personas en situación de vulnerabilidad sobre los diversos tipos y modalidades de violencia.
Meta 3. Desarrollar mecanismos interinstitucionales, intergubernamentales y de participación ciudadana para mejorar los programas en materia de prevención de la violencia en el Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de prevención de la violencia. • Fomentar el empoderamiento de las personas que sufren algún tipo de violencia.
Objetivo 2. Atender de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo o modalidad de violencia.	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Fortalecer modelos integrales para la atención específica de mujeres, personas mayores, niñas y niños, indígenas, jóvenes, personas en situación de calle y la población LGBTTTI que sean víctimas de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer protocolos integrales para la atención a víctimas de violencia en todas las instancias con atribuciones en la materia. • Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia. • Procurar la justicia expedita ante los delitos de feminicidio y trata de personas con fines de explotación sexual o laboral.
Meta 2. Establecer un sistema de recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información producida por los entes públicos del Gobierno del Distrito Federal en materia de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar información desagregada sobre las personas que son víctimas de violencia considerando etnia, edad, sexo, preferencia u orientación sexual y situación de calle que permita la mejor atención de la problemática asociada a violencia. • Difundir los datos y resultados que se obtengan del sistema de recolección de información en esta materia y retomarlos como un insumo para la elaboración y evaluación de programas sociales y políticas públicas.
Objetivo 3. Hacer efectiva la exigibilidad de los derechos de las víctimas de violencia, bajo los principios de igualdad y no discriminación, en los ámbitos civil, familiar y penal, entre otros.	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Fortalecer los procedimientos y mecanismos para la exigibilidad de los derechos de las víctimas de violencia, particularmente en el derecho al acceso a la justicia y a la reparación del daño.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de acceso a la justicia en materia de violencia. • Aumentar y mejorar las medidas para la protección, acompañamiento, representación jurídica y, en su caso, reparación del daño dirigidas hacia las víctimas de violencia. • Fortalecer los mecanismos para inhibir los actos de corrupción en la impartición de justicia y para impartirla de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo y modalidad de violencia.

Fuente: Elaboración propia del análisis de la contribución directa del diseño del programa con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

El enfoque transversal *Igualdad de género*, responde a la idea de que el problema de la desigualdad no puede ser abordado de manera aislada o solo por alguno de los sectores, sino que, por el contrario, debe ser visto de manera integral e integrarse a las políticas y programas en todos los niveles y momentos de la acción pública. Este enfoque, está integrado por seis criterios de orientación, de los cuales, en cuatro de ellos (66.66%) tienen vinculación directa con el PPAVG, mismos que se presentan a continuación:

- 1) Garantizar el acceso a la salud integral, calidad de vida, integridad y seguridad, así como el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres en todas las etapas del ciclo de vida.
- 2) Establecer en las acciones de gobierno la igualdad de género, para que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades de acceso y permanencia en empleos formales de calidad, bien remunerados y que permitan la conciliación entre la vida laboral, familiar y personal.
- 3) Asignar recursos con perspectiva de género en las distintas actividades institucionales y programas.
- 4) Impulsar estrategias de orden estructural partiendo de información desagregada por sexo, que identifique las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres, a fin de impactar gradualmente en la construcción de una cultura institucional de género en el interior de la Administración Pública del Distrito Federal (GDF, 2014: 142)

De manera **indirecta** se ubican, en el mismo eje, las áreas oportunidad denominadas: **Discriminación y Derechos Humanos y, Salud**, mediante las cuales se reconoce que los problemas de drogadicción, inseguridad y violencia se han incrementado afectando especialmente a grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, enfrentando situaciones de discriminación, desigualdad e intolerancia debido a su origen, sexo, religión, color, situación económica, preferencia u orientación de cualquier índole. También se reconoce la existencia del aumento de daños a la salud y que algunos de estos padecimientos se acentúan en las personas por su condición de vulnerabilidad.

Para la atención de estas áreas de oportunidad, se diseñaron 10 objetivos, 16 metas y 68 líneas de acción. De estas, el PPAVG contribuye en tres objetivos estratégicos, cinco metas y once líneas de acción, como se muestra en la tabla 23.

Tabla 23. OBJETIVOS, METAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA GENERAL DE DESARROLLO DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018, CON LOS QUE CONTRIBUYE DE MANERA INDIRECTA EL PPAVG.

Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	
Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano	Área de oportunidad: 1. Discriminación y Derechos Humanos
Objetivo 1. Realizar acciones que permitan el ejercicio pleno de los derechos de las personas, independientemente de su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras, para evitar bajo un enfoque de corresponsabilidad la exclusión, el maltrato y la discriminación	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Eliminar las prácticas discriminatorias que generan exclusión y maltrato	<ul style="list-style-type: none"> -Articular la difusión y promoción de los elementos de denuncia y acciones que hacen exigible el derecho a la inclusión, la igualdad y la no discriminación en la Ciudad de México -Avanzar en la formación continua de personas servidoras públicas para que desarrollen acciones de atención a la ciudadanía, prestación de servicios, orientación y administración bajo un enfoque de no discriminación y equidad. -Apoyar el trabajo conjunto de grupos y organizaciones de la sociedad civil, para fortalecer las actividades orientadas a la incidencia en políticas públicas basadas en investigación, con enfoque de derechos y a favor de los grupos en situación de vulnerabilidad -Promover campañas que difundan los derechos humanos, con énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad, que visibilicen sus condiciones de vida en la Ciudad de México y fomenten una cultura de la denuncia, vinculando a las redes, colectivos y organizaciones de la sociedad civil
Meta 2. Reforzar el diseño, la legislación y la implementación de las políticas, programas y servicios de apoyo a la población para evitar la exclusión, el maltrato y/o la discriminación hacia las personas bajo un enfoque de corresponsabilidad social.	<ul style="list-style-type: none"> -Reforzar y desarrollar programas sociales de atención para las personas excluidas, maltratadas o discriminadas debido a su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras -Fomentar la mayor visibilidad de los programas de desarrollo social en el Distrito Federal, con el fin de que la ciudadanía pueda promover la exigibilidad de derechos y la transparencia de los programas -Diseñar mecanismos de seguimiento y evaluación para los programas sociales, que permitan establecer modificaciones a las políticas públicas y elaborar y mantener actualizados los reportes que den cuenta de los grupos de población atendidos por sus programas en materia de igualdad y no discriminación
Objetivo 4. Facilitar el goce y disfrute de los programas y servicios del Gobierno del Distrito Federal, evitando la discriminación por el origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras, de las personas, en estricto apego a las normas de los programas sociales	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Diseñar e instrumentar un programa de capacitación de carácter obligatorio en materia de derechos humanos y género a todas las personas servidoras públicas que brindan atención directa a la población, a fin de garantizar un trato digno y respetuoso	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar estrategias de capacitación y sensibilización a las personas servidoras públicas para que conozcan las normas de los programas y mejoren la atención que brindan a la población en situación de vulnerabilidad
Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano	Área de oportunidad : 2. Salud
Objetivo 2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud	
Metas	Líneas de acción
Meta 1. Ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad	<ul style="list-style-type: none"> -Asegurar a las personas el derecho a la protección de su salud, independientemente de su situación económica y/o laboral -Atender el daño específico a la salud con una respuesta integral, completa y funcional de los servicios en los aspectos organizativos, técnicos y de conocimiento

Meta 2. Mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva de las personas y poblaciones altamente discriminadas	-Diseñar y realizar acciones de atención y prevención de la salud mental de las mujeres
--	---

Fuente: Elaboración propia del análisis de la contribución indirecta del diseño del programa con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

El enfoque transversal al que se contribuye de manera **indirecta** es el denominado: **Derechos humanos**, mediante el cual se reconoce a éstos como pilar fundamental de todo sistema democrático y como indicador de bienestar, igualdad y gobernabilidad. El cual cuenta con siete criterios de orientación, de los cuales, en cuatro de ellos se tiene vinculación con el PPAVG, y se presentan a continuación:

- 1) Incorporar el enfoque de derechos humanos en el quehacer gubernamental del Distrito Federal y continuar con la ejecución del Programa de Derechos Humanos del D.F. (PDHDF) (GDF, 2014).
- 2) Institucionalizar y fortalecer mecanismos jurídicos y administrativos que garanticen el respeto, promoción, protección y garantía de los derechos humanos.
- 3) Consolidar una cultura de respeto y defensa de los derechos humanos.
- 4) Promover un cambio de cultura institucional, basada en el respeto irrestricto de la dignidad humana a partir de procesos de capacitación y educación en derechos humanos (GDF, 2014: 141).

V.4.2. Contribución del PPAVG a los objetivos estratégicos del Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2013-2018.

El Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del D.F. 2013-2018, se encuentra estructurado de la siguiente manera: a) Mensaje del Jefe de Gobierno, b) Presentación del documento, c) Introducción, d) Marco normativo y, e) Áreas de oportunidad, que incluyen el diagnóstico respectivo, los objetivos, metas indicadores y políticas públicas. Las áreas de oportunidad se dividen de manera temática en las siguientes: Discriminación y Derechos Humanos, Violencia y Alimentación.

Para atender el área de oportunidad, denominada **violencia**, el Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del Distrito Federal 2013-2018 estableció dos objetivos estratégicos con los cuales el PPAVG contribuye de manera directa tal y como se muestra en la tabla 24.

Tabla 24. CONTRIBUCIÓN DEL PPAVG A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PROGRAMA SECTORIAL DE DESARROLLO SOCIAL CON EQUIDAD E INCLUSIÓN DEL DISTRITO FEDERAL 2013 2018.

Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del Distrito Federal 2013-2018	
Área de oportunidad 2 : Violencia	Se reconoce que persisten diversos tipos y modalidades de violencia hacia las personas, especialmente en función de su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación y/o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras.
Objetivo 1. Disminuir la comisión de delitos o actos de violencia, en todas sus modalidades y tipos, atendiendo a los posibles factores de riesgo	
Metas Sectoriales	Líneas de acción
Realizar 6 campañas anuales interinstitucionales con un enfoque de igualdad, perspectiva de género y no discriminación para prevenir y combatir la violencia en todos sus tipos y modalidades	-Impulsar campañas en todas las dependencias y delegaciones de prevención y eliminación de la violencia en todos sus tipos y modalidades, en coordinación con la Federación, los Estados y Municipios de la ZMVM
Incrementar las acciones de promoción de la cultura de la denuncia y confianza en las instituciones encargadas de brindar atención a la violencia en todos sus tipos y modalidades	-Promover la cultura de la denuncia y la confianza en las instituciones con atribuciones en materia de violencia
Creación y establecimiento de Modelos de Atención Específicos para mejorar la atención y prevención de la violencia en la Ciudad de México, para 2015.	-Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar las acciones de prevención de la violencia -Fomentar el empoderamiento de las personas que sufren algún tipo de violencia
Implementar los diferentes modelos de atención especializados a víctimas de violencia, en todos los entes públicos del Gobierno de la Ciudad de México, para brindar un servicio integral y demás acciones para su atención oportuna y eficaz en 2018	-Establecer protocolos integrales para la atención a víctimas de violencia en todas las instancias con atribuciones en la materia -Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia
Generar un Sistema Estadístico Único de Información sobre personas víctimas de violencia, considerando edad, sexo, etnia, orientación sexual y población callejera, para la generación de datos estadísticos que contribuyan a la elaboración y evolución de los programas sociales y las políticas públicas, con la participación de los entes públicos vinculados en el tema, para 2018.	-Generar información desagregada sobre las personas que son víctimas de violencia considerando etnia, edad, sexo, preferencia u orientación sexual y situación de calle, que permita la mejor atención de la problemática asociada a violencia -Difundir los datos y resultados que se obtengan del sistema de recolección de información en esta materia y retomarlos como un insumo para la elaboración y evaluación de programas sociales y políticas públicas
Objetivo 2. Atender de manera expedita, diligente y con calidad y calidez a las víctimas de cualquier tipo o modalidad de violencia	
Metas Sectoriales	Líneas de acción
Implementar los diferentes modelos de atención especializados a víctimas de violencia, en todos los entes públicos del Gobierno de la Ciudad de México, para brindar un servicio integral y demás acciones para su atención oportuna y eficaz en 2018	-Establecer protocolos integrales para la atención a víctimas de violencia en todas las instancias con atribuciones en la materia -Fortalecer la coordinación interinstitucional para optimizar la atención a las víctimas de la violencia
Generar un Sistema Estadístico Único de Información sobre personas víctimas de violencia, considerando edad, sexo, etnia, orientación sexual y población callejera, para la generación de datos estadísticos que contribuyan a la elaboración y	-Generar información desagregada sobre las personas que son víctimas de violencia considerando etnia, edad, sexo, preferencia u orientación sexual y situación de calle, que permita la mejor atención de la problemática asociada a violencia. -Difundir los datos y resultados que se obtengan del sistema de recolección de

evolución de los programas sociales y las políticas públicas, con la participación de los entes públicos vinculados en el tema, para 2018.

información en esta materia y retomarlos como un insumo para la elaboración y evaluación de programas sociales y políticas públicas.

Fuente: Elaboración propia del diseño del programa en relación a el Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del Distrito Federal 2013-2018.

V.4.3. Contribución del PPAVG a los objetivos estratégicos del Programa Sectorial de Salud del D.F. 2013-2018.

El Programa Sectorial de Salud del D.F. 2013-2018, en su diseño y estructura cuenta con los siguientes apartados: I) Presentaciones del Jefe de Gobierno y del Secretario de Salud, II) Marco normativo, III) Introducción, IV) Programa Sectorial de Salud, que incluye: a) Diagnóstico sectorial de salud, b) Área de oportunidad: 2. Salud y c) Objetivos, metas, indicadores y políticas públicas. Los objetivos son los siguientes:

- Objetivo 1. Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.
- Objetivo 2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud.
- Objetivo 3. Reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino.
- Objetivo 4. Disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada.
- Objetivo 5. Reducir el sedentarismo físico en la población del Distrito Federal.
- Objetivo 6. Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.

Cada uno de los objetivos cuenta con los apartados denominados, meta sectorial cuantificada, indicadores y políticas públicas.

Mediante la revisión de los documentos de planeación de la Secretaría de Salud se identificó que no se ubica de manera directa al PPAVG entre sus objetivos, metas indicadores y políticas públicas, sin embargo, podemos afirmar que como el tema de la **violencia** ha sido identificado como un problema de salud pública, el objetivo dos denominado: **Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud** se vincula de manera indirecta con el PPAVG para alcanzar sus objetivos. Derivado de este objetivo se identificaron dos metas sectoriales dedicadas a *ampliar la cobertura de atención a la salud con calidad y mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad* tal como se muestra en la tabla 25.

Tabla 25. CONTRIBUCIÓN DEL PPAVG A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018.

Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018	
Objetivo estratégico: 2	Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud
Metas Sectoriales	Meta 1. Ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad Meta 2. Mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva de las personas y poblaciones altamente discriminadas.

Fuente: Elaboración propia del diseño del programa en relación con los Objetivos Estratégicos del Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018.

Es importante mencionar que el Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018, al no considerar ni como objetivo estratégico, ni como eje transversal la atención de la **violencia** y de manera específica la **violencia de género**, es difícil que de manera directa se encuentre articulado y como consecuencia que contribuya a través del PPAVG (que tiene a su cargo) con los objetivos y estrategias de los otros instrumentos de planeación local. Sin embargo, para encontrar la ubicación y posteriormente el enlace del PPAVG con el Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018 se llevó a cabo la revisión y análisis de otros documentos operativos, identificando de esta manera, al Programa 2014 de la Secretaría de Salud, encontrando que, es a través de las actividades institucionales de este programa que se ponen de manifiesto las aportaciones del PPAVG mediante las actividades siguientes:

- a) Promoción de una cultura de prevención de la violencia (actividad 1)
- b) Atención integral a Mujeres víctimas de violencia (actividad 21)
- c) Educación Continua en Recursos Humanos de Salud (actividad 22)
- d) Formación de Recursos Humanos de Salud (actividad 23)

Derivado de lo anterior podemos afirmar que el PPAVG contribuye de manera directa y significativa al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 y del Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión del Distrito Federal 2013-2018. También contribuye de manera indirecta con los objetivos estratégicos del Programa Sectorial de Salud del Distrito

Federal 2013-2018 y de manera directa con las actividades institucionales del Programa de Trabajo 2014 de la Secretaría de Salud.

V.5. Análisis del diseño de las Reglas de Operación del PPAVG.

Las reglas de operación²² (RO) forman parte de la operación de los programas, ya que incorpora los principales elementos normativos y estructurales de los mismos, permitiendo valorar los mecanismos de institucionalización de la política social del D.F. (EVALUA, 2009). De acuerdo con la Ley de Desarrollo Social para el D.F., son un conjunto de normas y lineamientos que rigen a cada uno de los programas sociales y deben ser publicadas anualmente en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. Estas reglas ordenan a cada uno de los programas sociales en sus diferentes fases de instrumentación, con acciones y metas específicas (EVALUA, 2009).

A partir del análisis de estos documentos, revisaremos en las RO la claridad en los lineamientos y procedimientos, objetivos y metas; verificando si el contenido de sus apartados incorpora lo que establecen la Ley y el reglamento de Desarrollo Social del D.F (LDSDF y RDSDF en adelante) (ALDF, 2000 y ALDF, 2006).

De acuerdo con la metodología propuesta, se tomaron en cuenta los siguientes elementos:

- a) Los elementos a analizar se consideran a partir de la Guía para la elaboración de reglas de operación de los programas sociales sujetos en su ejecución al capítulo 4000²³ (ALDF, 2009) publicada en la Gaceta Oficial el 29 de enero del 2009.
- b) El criterio de elegibilidad para constatar el análisis de las reglas de operación fue que el instrumento Guía de análisis precediera la expedición de las reglas de operación 2014, ubicándose para tal fin la GEROPSDF.
- c) Otro punto de referencia para el presente análisis es la Ley y el reglamento de Desarrollo Social del Distrito Federal, para verificar su cumplimiento con relación a los apartados y, lineamientos y mecanismos de operación.
- d) La revisión de las RO del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal de tres años consecutivos (2012, 2013 y 2014).

²² En el apartado V.2 se revisó en las RO la normatividad que rige al programa 2014 por no mencionarse en el documento-programa

²³ Capítulo 4000, relativo a "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y otras ayudas".

Al revisar las reglas de operación de los 3 años se observa que en su estructura general cada RO anual cubre los apartados que se le requieren desde el RDSDF. En términos generales muestran poca variabilidad, como puede observarse en la tabla 26.

Tabla 26. COBERTURA DE LOS XI APARTADOS ESTABLECIDOS EN LA GUÍA Y SU APLICACIÓN EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PPAVG PARA LOS AÑOS 2012, 2013 Y 2014.

NO.	APARTADO	2012	2013	2014	COBERTURA
	Introducción			✓	Solo aplica en 2014, y no es solicitud mínima de las reglas de operación
I.	Nombre de la dependencia, entidad o unidad administrativa responsable del Programa	✓	✓	✓	✓
II.	Objetivos y alcances	✓	✓	✓	✓
III.	Metas físicas	✓	✓	✓	✓
IV.	Programación presupuestal	✓	✓	✓	✓
V.	Requisitos y procedimientos de acceso	✓	✓	✓	✓
VI.	Procedimientos de instrumentación	✓	✓	✓	✓
VII.	Procedimiento de queja o inconformidad ciudadana	✓	✓	✓	✓
VIII.	Mecanismos de exigibilidad	✓	✓	✓	✓
IX.	Mecanismos de evaluación y sus indicadores	✓	✓	✓	✓
X.	Formas de participación social	✓	✓	✓	✓
XI.	Puntos de articulación con otros programas sociales	✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo de la comparación de RO de diversos años.

Las RO del año 2014 son las únicas que muestran un apartado introductorio, mismo que no está reglamentado ni en la Ley ni en el RDSDF ni en la LDSF, en dicho apartado describe las condiciones generales de la problemática de la violencia de género a partir de algunos resultados de ENVIM 2006 y ENDIREH 2011, enuncia en términos generales los motivos por los cuales los programas sociales se han enfocado a atender problemas de la mujer y grupos vulnerables y explicita la responsabilidad del Distrito Federal en el diseño de políticas públicas, planes y programas orientados a la atención y defensa de los derechos de estos grupos. Finalmente cita la manera en que la Secretaría de Salud del D.F. participa a través de acciones de prevención y atención de la violencia de género, tanto en sus

centros de salud y hospitales, como en coordinación con otras dependencias gubernamentales.

V.5.1. Referente al nombre de la dependencia, entidad o unidad administrativa responsable del Programa.

Las RO analizadas muestran en forma clara el nombre de la dependencia responsable del programa, especificando a la vez su unidad administrativa y su área operativa. Durante los años 2012, 2013 y 2014 la dependencia a cargo del Programa ha sido la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Unidad Administrativa: Dirección de Planeación y Coordinación y su área operativa ha sido la Dirección General de Coordinación y Desarrollo Social.

V.5.2. Referente a los objetivos y alcances.

En las RO 2012 la población objetivo era definida como usuarios; a partir del 2013 se le llama: “... a las(os) usuarias(os)...víctimas o agresores. Este apartado de las RO se presenta desagregado en objetivo general y específicos. A partir del año 2013 se empieza a emplear un lenguaje incluyente, que sigue siendo reflejado en el año 2014.

El objetivo general de las RO de 2013 (SEDESA, 2013a) pone de manifiesto la estrategia de detección, atención y la referencia a centros especializados de las Unidades médicas del Sistema de Salud. En 2014, en su desarrollo no incluye el componente de prevención; su estrategia se centra en la detección y atención oportuna. Por otra parte en ellas refleja el propósito central y alcance con relación a la problemática de atención conforme al PPAVG, incluye a la vez, la población a la que está dirigido este programa. Sin embargo, en contraste con el PPAVG, las RO 2014 (SEDESA, 2014g) manifiestan en su objetivo general como población objetivo a víctimas o agresores de la violencia de género, como se muestra a continuación:

Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones de las (los) usuarias (os) de servicios de salud, *víctimas o agresores de violencia de género*, mediante la

detección y atención oportunas, así como la referencia a centros especializados, de las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal; con el propósito de coadyuvar en la limitación de los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por este problema de salud pública²⁴.

En términos generales podemos observar que los objetivos específicos en 2012, 2013 y 2014 no muestran una modificación sustantiva. Con relación a la población objetivo, las RO señalan a usuarias (os) de servicios de salud, víctimas o agresores de violencia de género. Dentro de la cobertura del programa se observa una cobertura universal ya que va dirigida a todas(os) los usuarias(os) del servicio. Lo cual pone de manifiesto el cumplimiento que el Gobierno del Distrito Federal con relación a la LDSDF que define a la universalidad como uno de los principios de la política de Desarrollo Social ya que está destinada para todos los habitantes de la ciudad y tiene por propósito el acceso al ejercicio de los derechos sociales.

V.5.3. Referente a las metas físicas.

Las metas físicas reflejan los resultados esperados por cada uno de los objetivos, general y específicos y permiten comprobar los niveles de avance del programa (EVALUA, 2009). Deben ser establecidas en unidad de medida y permitir su medición a través de indicadores para valorar su cumplimiento. Las RO de los años analizados del PPAVG cuenta con un total de siete metas físicas y podemos afirmar que cubren los atributos antes mencionados. De igual manera se encuentran articuladas con los objetivos tal y como se muestra, para el caso del 2014, en la tabla 27. Como se puede apreciar, los objetivos específicos seis, siete y ocho no se encuentran cubiertos con una meta que permita comprobar sus niveles de avance y aparece una meta física que no tiene asociado ningún objetivo.

²⁴ Las negritas y el subrayado son nuestras.

Tabla 27. ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS CON LAS METAS FÍSICAS.

OBJETIVOS	METAS FÍSICAS
<p>General: Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones <u>de las (los) usuarias (os)</u> de servicios de salud, víctimas o agresores de violencia de género, <u>mediante la detección y atención oportunas, así como la referencia a centros especializados</u>, de las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal; con el propósito de coadyuvar en la limitación de los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por este problema de salud pública</p>	<p>1. Para el 2014 se atenderá a 20,000 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes. 4. Se proporcionarán 16,000 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género. 5. Aplicación de 50,000 detecciones a víctimas de violencia de género. 7. Realización de 300 acciones para la prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual entre las trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud del D.F.</p>
<p>1). Proporcionar atención médica y psicológica oportuna y de calidad a las víctimas de violencia de género, sin menoscabo de su condición socio-económica, edad, origen étnico, discapacidad o su status particular.</p>	<p>1. Para el 2014 se atenderá a 20,000 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes. 4. Se proporcionarán 16,000 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género.</p>
<p>2) Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones, mediante la detección y atención oportuna de las víctimas y agresores de violencia de género.</p>	<p>1. Para el 2014 se atenderá a 20,000 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes. 4. Se proporcionarán 16,000 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género. 5. Aplicación de 50,000 detecciones a víctimas de violencia de género.</p>
<p>3) Contribuir en la limitación de este problema de salud pública, a través de acciones de promoción, prevención y educación para la salud, proporcionadas en las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal.</p>	<p>2. Se brindarán pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud; 3. Distribución de 700,000 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género;</p>
<p>4) Fomentar la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos, que favorezca el desarrollo de una sociedad libre de violencia, con acciones de promoción, prevención, detección y atención médica y psicológica de personas en situación de violencia de género, en las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal.</p>	<p>2. Se brindarán pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud; 3. Distribución de 700,000 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género;</p>
<p>5) Coadyuvar en la modificación de conductas, actitudes y acciones que manifiestan patrones socio-culturales que toleran, legitiman o exacerban la violencia, a través de acciones de promoción y educación para la salud.</p>	<p>2. Se brindarán pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud. 3. Distribución de 700,000 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género.</p>
<p>6) Identificar el comportamiento epidemiológico de la violencia de género, así como los factores de riesgo que inciden en su presentación, a fin de establecer medidas de intervención efectivas para la limitación de este problema.</p>	<p>Sin meta especificada</p>
<p>7) Fortalecer el sistema de información sobre violencia de género, con variables que permitan identificar las características de este problema de salud pública, así como realizar el monitoreo y evaluación de las acciones.</p>	<p>Sin meta especificada</p>
<p>8) Consolidar los mecanismos de coordinación institucional e intersectorial, para fomentar la aplicación de la normativa en el tema, la retroalimentación de información, así como la referencia y contrarreferencia de personas en situación de violencia de género, que permitan fortalecer el desarrollo del Programa.</p>	<p>Sin meta especificada</p>
<p>Sin objetivo</p>	<p>Se sensibilizará y capacitará a 6,000 profesionales de la salud de centros de salud, unidades hospitalarias y de medicina legal de la red de servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, en materia de equidad de género, NOM 046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención; así como para la detección oportuna, tratamiento adecuado y limitación del daño de las víctimas de violencia de género.</p>

Fuente: Elaboración propia con base al análisis de las metas físicas y objetivos de diseño del PPAVG.

En el año 2012 se programó efectuar 14,641 entrevistas de información u orientación a usuarias y usuarios de los servicios, esta meta desaparece en los años 2013 y 2014 sin

alguna justificación, aunque reaparece en el *documento-programa 2014*. En los años 2012 y 2013 encontramos que la cantidad de pláticas preventivas desaparecen, quedando solo como pláticas preventivas sin programar cantidad, lo cual representa un error metodológico.

Por otra parte se observa que se integra en las *metas físicas*, la cuantificación de éstas en el PPAVG, sin embargo, no se observan los criterios para instrumentar su medición, ni los mecanismos para su verificación, solo se presentan con las unidades de medida. Es importante mencionar que algunas metas han tenido incrementos anuales y otras han sido eliminadas, señalamientos que se pueden observar en la tabla 28, de lo cual tampoco se encontró alguna explicación al respecto, ni en el PPAVG, ni en las RO.

Tabla 28. VARIABILIDAD DE LAS METAS FÍSICA EN EL PERIODO 2012-2014.

2012	2013	2014	Observaciones
1. Para el 2012 se atenderá a 19,564 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes.	Para el 2013 se atenderá a 19,564 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes;	Para el 2014 se atenderá a 20,000 personas por lesiones o padecimientos producto de violencia de género, considerando atenciones de primera vez y subsecuentes;	La meta de cobertura ha tenido una variación de 436 usuarias(os), pudiendo notarse que en dos años (2012 y 2013) no se modificó. En el 2014 tiene un incremento de 436 atenciones.
2. Se brindarán 7,700 pláticas preventivas a 169,400 personas usuarias de los servicios de salud.	Se brindarán 7,728 pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud;	2. Se brindarán pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud;	En relación a las pláticas preventivas iniciaron en 2012 con 7700 pláticas, en 2013 se incrementan 28 pláticas. En 2014 desaparece el concepto de número de pláticas preventivas y solo se refleja las personas usuarias atendidas. El número de personas usuarias en 2012 es de 169, 400, creciendo a 170,000 personas usuarias para 2013 y 2014.
3. Se distribuirán 660,000 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género, así como de la violencia laboral y hostigamiento sexual.	Distribución de 665,900 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género;	3. Distribución de 700,000 ejemplares de material de promoción y difusión de equidad de género en salud, prevención y atención de la violencia de género;	En relación a distribución de material de promoción fue en paulatino incremento
4. Se proporcionarán 8,420 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género.	Se proporcionarán 8,420 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género;	4. Se proporcionarán 16,000 sesiones de psicoterapia individual y grupal, a personas en situación de violencia de género;	Esta meta tiene una variación considerable debido a que en 2012 y 2013 se tuvo el mismo número de sesiones de psicoterapia individual y grupal. En 2014 hubo un despliega de casi el doble, de 8,420 sesiones, se proyectan 16,000 sesiones.
5. Se efectuarán 14,641 entrevistas de información u orientación a usuarias y usuarios de los servicios.	No se repite meta en 2013;	No se repite meta en 2014;	En este punto se observa que hubo una variación de conceptos, en 2012 se nombraban entrevistas de información u orientación a usuarias y usuarios del servicio, modificándose en 2013 y 2014 a detecciones a víctimas de violencia de género. En este punto cada año hubo un incremento considerable.
	Aplicación de 25,000 detecciones a víctimas de violencia de género;	5. Aplicación de 50,000 detecciones a víctimas de violencia de género;	

6. Se sensibilizará y capacitará a 6,553 profesionales de la salud de centros de salud, unidades hospitalarias y medicina legal de la red de servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, en materia de equidad de género y para la detección y atención oportuna de víctimas de violencia de género.	Se sensibilizará y capacitará a 6,553 profesionales de la salud de centros de salud, unidades hospitalarias y de medicina legal de la red de servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, en materia de equidad de género, NOM 046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención; así como para la detección oportuna, tratamiento adecuado y limitación del daño de las víctimas de violencia de género;	6. Se sensibilizará y capacitará a 6,000 profesionales de la salud de centros de salud, unidades hospitalarias y de medicina legal de la red de servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, en materia de equidad de género, NOM 046. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención; así como para la detección oportuna, tratamiento adecuado y limitación del daño de las víctimas de violencia de género;	En relación a la capacitación se muestra una constante en 2012 y 2013 y una disminución de 553 profesionales sensibilizados y capacitados. En esta meta no se refleja el resultado esperado de la capacitación.
7. Se llevará a cabo una campaña informativa en contra el hostigamiento sexual y laboral en el ámbito de la prevención y atención de la violencia de género.	No se repite meta en 2013;	No se repite meta en 2013;	En relación al tema de hostigamiento sexual y laboral en el ámbito de la prevención y atención se enuncia una campaña, misma que no tiene continuidad en 2013 y 2014.
No se considera esta meta en 2012.	Realización de 600 acciones para la prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual entre las trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud del D.F.;	7. Realización de 300 acciones para la prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual entre las trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud del D.F.;	En 2013 se incluyen acciones para la prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual entre las trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud. Hay una disminución del 50% para el 2014.

Fuente: elaboración propia de carácter ilustrativo para comparación de metas físicas en diversos años.

V.5.4 Referente a la programación presupuestal.

Las RO 2014 indican que para ese ejercicio 2014 en el PPAVG, utilizará recursos *aproximados* por un monto de \$8,969,838.00 provenientes de recursos institucionales propios para fortalecer las acciones de promoción, prevención, detección, atención médica y psicológica del programa, en las unidades médicas de 1° y 2° nivel de atención de esta Secretaría.

En este apartado se muestra el presupuesto asignado por año, sin embargo no se incluye: a) Calendario de gasto; b) Montos concretos por acción; c) Actores responsables para la ejecución y d) Costo unitario por derechohabiente. Tampoco se ofrece una explicación de la fórmula del cálculo del monto asignado para el año 2014, ni de cómo se actualizó el monto con respecto al año anterior, ni la frecuencia de su administración. En la tabla 29 podemos observar el monto asignado y la variabilidad por año en comparación con el que lo precede.

Tabla 29. PRESUPUESTO ASIGNADO POR AÑO AL PPAVG EN EL PERIODO 2012-2014.

DESCRIPCIÓN	2012	2013	2014
Monto asignado	\$7,574,195.00 (Siete millones quinientos setenta y cuatro mil ciento noventa y cinco pesos 00/100 M.N.)	\$7,737,095.00 (Siete millones setecientos treinta y siete mil noventa y cinco pesos 00/100 M.N.)	\$8,969,838.00 (Ocho millones novecientos sesenta y nueve mil ochocientos treinta y ocho pesos 00/100 M.N.)
Variación	No Aplica	\$182,900.00 (Ciento ochenta y dos mil novecientos pesos 00/100 M.N.)	\$1,232,743.00 Un millón doscientos treinta y dos mil setecientos cuarenta y tres pesos 00/100 M.N.)

Fuente: elaboración propia de carácter ilustrativo para comparación de presupuestos del PPAVG en diversos años.

V.5.5. Sobre los requisitos y procedimientos de acceso.

Este apartado se refiere a la descripción del acceso al Programa por las personas derechohabientes. Al respecto encontramos que las RO establecen que:

- a) Únicamente se requiere que la persona interesada sea residente del Distrito Federal y acuda a alguno de los centros de salud u hospitales de la Red de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y solicite la atención.
- b) Este programa no realiza transferencias monetarias o de materiales, no otorga apoyos, ayudas o subsidios; realiza la prestación de servicios en prevención y atención médica y psicológica de la violencia de género.

Al respecto podemos mencionar que las RO del PPAVG no cubren con lo que se requiere en este apartado ya que no se describe los procesos acceso dejando lagunas importantes, por ejemplo en aspectos como la descripción del tiempo de cada etapa, plazos de respuesta, áreas y funcionarios responsables, acceso por tipo de solicitud, entre otros. Sin embargo, si cubre con el requisito principal de que la persona interesada sea residente del Distrito Federal y acuda a alguno de los centros de salud u hospitales de la Red de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal y solicite la atención con lo que se observa universalidad y territorialidad del programa.

V.5.6. Referente a los procedimientos de instrumentación.

Las RO expresan cuatro formas para generar los procedimientos de instrumentación: 1) Manual de Procedimientos para la Atención Integral de Víctimas de Violencia de Género en las Unidades Médicas de la S.S.D.F ; 2) Manual de Procedimientos del Médico Legista en las Coordinaciones Territoriales del Ministerio Público; 3) Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal; 4) Las acciones de difusión del Programa se realizarán mediante la distribución de dípticos, trípticos, historietas, carteles, material promocional, pláticas, participación en eventos masivos en conmemoración del día internacional de la mujer y el día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, entre otros (SEDESA, 2014g).

En la estructura de este apartado de la RO no se observa articulación entre los procedimientos de operación de los instrumentos enunciados, ni las técnicas de implementación de los mismos, tampoco se menciona la manera en que se aplicarán dichos instrumentos para dar cumplimiento a los objetivos y metas del programa, la temporalidad de beneficios, así como sus mecanismos de seguimiento.

V.5.7. Referente al procedimiento de queja o inconformidad ciudadana.

Este apartado menciona tres elementos para su cumplimiento, a saber: a) derecho para presentar la inconformidad o queja por escrito a las autoridades de la unidad médica o de la Secretaría, b) recepción de queja vía telefónica y por correo electrónico y, c) buzón del Secretario de Salud del Distrito Federal. No se indican las áreas de recepción de dichas quejas, ni el responsable para su atención, seguimiento e informes a usuarios/as en relación a su resolución ni tampoco los plazos de respuesta.

V.5.8. Referente a los mecanismos de exigibilidad.

Los mecanismos de exigibilidad, permiten al usuario exigir el cumplimiento de sus derechos sociales. Las RO muestran ocho instrumentos como mecanismos de exigibilidad, dos internacionales, cuatro locales y dos nacionales: 1. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; 2. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; 3. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar; 4. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal; 5. Ley de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en el Distrito Federal; 6. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención; 7. Programa de Derechos Humanos del D.F.; 8. 2º. Programa General de Igualdad de Oportunidad y No Discriminación hacia las Mujeres de la Ciudad de México (GDF, 2010c). Sin embargo, en las RO no se mencionan mecanismos que: a) visualicen ordenamientos y sus derechos; b) atiendan las solicitudes de exigibilidad que formule la ciudadanía; c) información sobre los responsables de su atención y seguimiento; d) plazos de atención y e) medios de impugnación.

V.5.9. Referente a los mecanismos de evaluación y sus indicadores.

Este apartado establece los instrumentos medición, cualitativa y cuantitativa, que empleará la institución para evaluar el seguimiento y grado de avance del programa específico respecto de cada uno de los objetivos y metas planteadas, la operación institucional, así como el grado de avance con relación a los programas sectorial, institucional o delegacional al que pertenece, y con relación al PGDDF y al PDSDF. Es decir, evalúan el cumplimiento de sus objetivos, desempeño e impacto en la población derechohabiente, además de incluir la valoración sobre el costo administrativo de la operación del programa.

Sin embargo los indicadores que establecen las RO no están asociados al cumplimiento de los objetivos y su evaluación, sino que desagregan las metas físicas. Es decir, los indicadores solo son de tipo cuantitativo para verificar el cumplimiento de metas que se vinculan a las líneas de trabajo del PPAVG. Algunas de las fórmulas que se presenta son las siguientes:

- Número de atenciones otorgadas a víctimas de violencia de género en un periodo determinado X 100/Meta de atenciones programadas a víctimas de violencia de género en el mismo periodo.
- Número de pláticas preventivas otorgadas en un periodo determinado X 100/Meta de pláticas preventivas programadas en el mismo periodo.
- Número de materiales de promoción y difusión distribuidos en un periodo determinado X 100/ Meta de materiales de promoción y difusión programados para distribuir en el mismo periodo.
- Número de sesiones de psicoterapia otorgadas a víctimas de violencia de género en un periodo determinado X 100/ Meta de sesiones de psicoterapia programadas a víctimas de violencia de género en el mismo periodo.

Dentro del PPAVG encontramos que todas las actividades del programa forman parte del Informe Anual de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y de diversos informes que se integran en forma mensual, trimestral y anual para diversas dependencias; no se indican las dependencias a las que van dirigido dichos informes, lo cual daría claridad y permitiría observar con mayor precisión la vinculación institucional e intersectorial. En cuanto a la evaluación interna del programa hace referencia a la evaluación del PPAVG 2012 publicada en la Gaceta GODF el 19 de julio del 2013.

V.5.10. Referente a las formas de participación social.

Las RO del PPAVG mencionan que los avances de las acciones vinculadas a este programa se presentan de manera periódica en las siguientes seis instancias: 1) Consejo de Salud del Distrito Federal; 2) Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal; 3) Comisión Intersectorial para la Prevención y Atención de la Violencia

de Género en el Distrito Federal; 4) Coordinación Interinstitucional de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal; 5) Comisión Interinstitucional de Género y 6) Comisión Interinstitucional para Prevenir y Erradicar la Trata de Personas, el Abuso Sexual y la Explotación Sexual Comercial Infantil para el D.F.

V.5.11. Referente a los puntos de articulación con otros programas sociales.

Finalmente en este apartado señalan tres programas para su articulación, que se enuncian a continuación: 1) Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SEDESA, 2007); 2) Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar (GDF, 2010b) y, 3) Programa de Reinserción Social para Mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México (GDF, 2010a). Sin embargo, no se encontró la mención de las acciones de coordinación y colaboración con otras dependencias, la articulación de los mismos con el PPAVG, sus puntos de vinculación o los mecanismos para la celebración de convenios y/o acuerdos.

Derivado del análisis realizado podemos afirmar que: las RO del PPAVG 2012, 2013 y 2014 cubren con los apartados mínimos para su realización y éstas no han sido modificadas sustancialmente en los últimos tres años. También concluimos que se constató que se ha empleado un desarrollo muy general de los mismos, sin lograr establecer mecanismos y estrategias que permitan visibilizar con claridad los lineamientos y procedimientos para la operación del PPAVG.

V.6 Análisis de la articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad del PPAVG con otros programas.

En este apartado se presenta el análisis de programas de nivel internacional, nacional y del Distrito Federal para revisar, la articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad del PPAVG con respecto a otros programas. Se parte de considerar que los programas sociales²⁵ de prevención y atención de la violencia de género buscan dar respuesta a esta problemática social y de salud pública.

Con la finalidad de entender si el PPVAG cuenta con articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad respecto a programas de nivel internacional, nacional y local se revisaron nueve programas enfocados a atender esta problemática. Debido a que los programas de prevención y atención de la violencia de género, en su gran mayoría no contienen los componentes de prevención y atención que caracterizan al PPAVG.

Los criterios de elección de estos programas fueron que al menos integrara uno de los componentes del PPAVG de prevención o atención de la violencia hacia las mujeres, violencia familiar, y/o violencia de género, por lo que de 16 programas revisados (Anexo 10) se analizaron nueve, mismos que cumplen con el criterio mencionado, los cuales se presentan en las Tablas 30a y 30 b.

Durante la selección de programas se encontró que existe: a) una utilización indiscriminada del concepto de *programa*; b) el uso indistinto del concepto de violencia de género, violencia contra la mujer y violencia familiar; c) se le llama *programa de violencia de género* a propuestas dirigidas a una población específica que vive situación de violencia como son: niños y niñas, mujeres en situación de violencia, generadores de violencia, la atención a mujeres adolescentes en violencia de género, entre otros; d) se le llama

²⁵ Símil de estos programas sociales serían los denominados programas institucionales de acuerdo con la Guía Metodológica para el desarrollo de los componentes de los programas derivados del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

también *programa de violencia de género* a propuestas dirigidas para la atención de problemáticas relacionadas con la violencia de género como son: la violencia en el noviazgo, la exposición a violencia de género en menores, el sexismo, la discapacidad intelectual y violencia de género, el hostigamiento sexual, entre otras.

Tabla 30a. PROGRAMAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA SU ELEGIBILIDAD.

NIVEL	NOMBRE DEL PROGRAMA
INTERNACIONAL	Programa Municipal contra la Violencia de Género. Granada (Ayuntamiento de Granada: 2002)
NACIONAL	Programa integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (PIPASEVN)
	Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del menor y las familias
	Programa de apoyo a instancias de la mujer
	Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y atención de la violencia familiar y de género (SA: 2008)
PROGRAMAS DEL DISTRITO FEDERAL	Programa Integral de Prevención de la Violencia contra las mujeres (SUBSEMUN, 2013:1)
	Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar
	Programa de Reinserción Social para mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México (GDF, 2010a)
	Programa de Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SEDESA, 2007)

Fuente: Elaboración propia de programas elegidos para analizar la articulación, complementariedad, coincidencias y duplicidad con el diseño del programa.

El PPAVG coincide con el Programa Municipal contra la Violencia de Género de Granada ya que busca de acuerdo con sus propósitos: 1. Mejorar la respuesta frente a la violencia de género y 2. Conseguir cambios en el modelo de relación social entre hombres y mujeres. Lo cual es una vía para prevenir la violencia de género atendiendo a sus causas. Además, en concordancia con el PIPASEVN y el SUBSEMUN, se observa la intencionalidad de una atención integral de la problemática planteada. Por lo que toca a los demás programas incluidos en el análisis, éstos contribuyen en algunos aspectos para lograr la integralidad por lo que se convierten en programas complementarios, que en el caso del PPAVG, los otros dos del D.F. incluyen apoyo económico para que las personas en situación de violencia logren condiciones para concluir sus procesos de atención médica y psicológica y

aspiren a la independencia en la toma de decisiones para optar por una vida libre de violencia.

En cuanto a fines y propósitos de los programas, en la tabla 31 se concentra la información que se extrajo de la lectura de los textos completos ya que en algunos de ellos, aquí se hace patente el uso de términos como violencia de género, contra las mujeres y familiar de manera que se sesga la orientación que provee la teoría de género al considerar que este fenómeno ocurre hacia las mujeres.

Tabla 31. COMPARATIVO DE FINES Y PROPÓSITOS DE PROGRAMAS.

No	NOMBRE DEL PROGRAMA	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	FIN	PROPÓSITO
1	Programa Municipal contra la Violencia de Género de Granada	Es un programa municipal de Granada que interviene en la problemática de violencia de género de manera integral, articulando la política municipal en sus actuaciones	Articular la política municipal para luchar contra la violencia de género desde una intervención integral contra la Violencia de Género	Dar respuesta integral a la violencia de género , previniendo su aparición y actuación eficazmente ante los casos que se produzcan en la Ciudad de Granada
2	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres	Propone realizar acciones integrales con perspectiva de género para transformar modelos socioculturales mediante la educación y capacitación de funcionarios y personal encargado de atender esta problemática	Reducción de factores de riesgos de mujeres y niñas a través de acciones de prevención y atención integral a mujeres y niñas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres. 2. Garantizar la prevención integral para reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas. 3. Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia. 4. Asegurar el acceso a la justicia de las mujeres mediante la investigación efectiva, reparación del daño y la sanción. 5. Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres

3	Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del menor y las familias	Busca implementar proyectos tendientes a fortalecer el servicio de asistencia social y asesorías jurídicas; [...] en beneficio de la población sujeta de asistencia social	Fortalecer el servicio de asistencia social y asesorías jurídicas. Implementación de programas sociales para atender eficientemente el maltrato infantil	Implementación de acciones encaminadas a la asesoría jurídica en materia familiar, atención y prevención de maltrato infantil y violencia familiar
4	Programa de Apoyo a Instancias de la Mujer del Instituto Nacional de las Mujeres	El programa contribuye a prevenir y atender la violencia contra las mujeres a través de recursos otorgados a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (IMEF), quienes a su vez los utilizan en proyectos específicos de atención y prevención de la violencia de género	Contribuir a una sociedad igualitaria mediante la prevención y atención de la violencia contra las mujeres por medio de las acciones que promueven y operan las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (IMEF), en coordinación con diversas instancias públicas y sociales	Apoyar con subsidios la generación de proyectos específicos hacia la atención y prevención de violencia contra la mujer
5	Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género	Programa de la Secretaría de Salud que brinda servicios oportunos, de calidad y con perspectiva de género en materia de prevención y atención a la violencia familiar y de género, sensibles a las necesidades de la población y en específico a los grupos en situación de vulnerabilidad; basados en evidencia científica y respeto a los derechos humanos	Reducir la prevalencia y severidad de los daños a la salud causados por la violencia contra las mujeres	Promover la detección temprana de la violencia familiar y de género , contribuyendo en la prevención de la violencia familiar y de género, promoviendo una atención integral
6	Programa Integral de Prevención de la Violencia Contra las Mujeres. SUBSEMUN	Propone que se genere un Programa integral de Prevención de la Violencia contra las Mujeres que contempla procesos que permiten la identificación de la fenomenología local a través de un Diagnóstico Local específico de la problemática; el diseño e instrumentación de un programa de sensibilización a las mujeres, mediante capacitaciones en la temática y finalmente la elaboración de Programa Integral para la violencia	Crear un programa integral de prevención de la violencia contra las mujeres basado en resultados de diagnóstico local que permita contextualizar el problema y generar las estrategias	No lo indica

7	Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar	Es un programa social del D.F. que se crea en el 2008 a cargo de la Dirección de Igualdad y Diversidad Social a través de la Dirección General de atención y prevención de la violencia familiar, para atender a las mujeres que son víctimas de violencia familiar. Se brinda apoyo económico para coadyuvar en la independencia de las mujeres	Apoyar psicológica y económicamente a las mujeres en situación de violencia familiar para que cuenten con las condiciones básicas para iniciar una vida libre de violencia	Brindar a aseguradas respaldo económico y de herramientas básicas a las mujeres aseguradas para lograr su independencia
8	Programa de Reinserción Social para Mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México	Brindar a las mujeres y sus hijas e hijos víctimas de violencia servicios de apoyo (vivienda, capacitación para el empleo, salud, apoyo psicológico, transporte, recreación, orientación y representación legal, servicio de guardería y educación) en condiciones mínimas de independencia para la toma de decisiones	Impulsar el acceso de las mujeres víctimas de violencia a una vida libre de violencia, generando condiciones para el goce de derechos sociales de vivienda y trabajo	Que las mujeres accedan a vivienda y a trabajo a través de estrategias que impulsen el desarrollo de herramientas que fortalezcan su independencia y autonomía. Con la finalidad de brindar las condiciones básicas para impulsar su autonomía y continuar la atención especializada, hasta lograr vivir una vida libre de violencia
9	Programa de Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	Proporciona el derecho a la protección salud a sus derechohabientes en donde reciben acciones de promoción y prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal	Brindar el derecho a la protección de la salud a personas que no cuentan con seguridad social	Que los derechohabientes cuenten con acceso a los servicios de salud y gocen de los derechos que les da dicha afiliación
10	PPAVG 2014 Secretaría de Salud del D.F. Programa en Evaluación	Es un programa social de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que surge en el 2002 y proporciona prevención y atención de la violencia de género a través de sus centros de salud y hospitales, en coordinación con otras dependencias gubernamentales que ofrecen servicios legales y asistenciales	Contribuir en el Desarrollo de una Sociedad Libre de Violencia en la Cultura del Respeto a los Derechos Humanos	Disminuir los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por la violencia de género

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo de la comparación del diseño del PPAVG con otros programas.

Entre los elementos de relativa duplicidad, se encontró que los tres programas del Distrito Federal analizados²⁶, sin incluir el programa bajo evaluación, ofrecen servicios y apoyos de atención psicológica. Sin embargo, dada la demanda potencial por las alarmantes dimensiones de la problemática y dado que los otros programas están diseñados para apoyar económicamente y en especie a las mujeres en situación de violencia, más que duplicidad se puede calificar de complementariedad.

En materia de prevención y atención de la violencia de género el programa rector a nivel nacional es el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en el que se suman por obligatoriedad todos los programas de las instancias que se encuentran dentro del Sistema Nacional que atienden esa problemática, entre ellas la Secretaría de Salud del D.F. Lo anterior marca un interesante reto en relación a los programas de Prevención, ya que la tendencia está en construir un programa conjunto que logre articular y vincular las acciones de prevención y atención de las instancias que conforman el Sistema. De acuerdo a lo revisado el PPAVG deberá conjuntar esfuerzos y generar las estrategias pertinentes para lograr una vida libre de violencia, en el que se hace necesario que dicho programa esté adecuadamente posicionado en primera instancia en la Secretaría de Salud del D.F. para formar parte del sistema en mención.

El modelo de atención²⁷ de los programas revisados versan sobre dos componentes principales: la prevención y la atención, solo se encontró un programa que menciona la detección de la violencia contra las mujeres y es el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, actividad que sí se considera en el PPAVG. El sistema de salud ha logrado integrar dentro del PPAVG la NOM-

²⁶ Las reglas de operación PPAVG proponen la articulación con los tres programas del Distrito Federal referidos, sin embargo, se observa que en el diseño del PPAVG, no existen lineamientos ni mecanismos que describan dicha articulación, y en la revisión de los tres programas mencionados no se menciona al PPAVG.

²⁷ En este reporte se toma como Modelo de atención el que está incorporado en el documento-programa del PPAVG 2013, véase apartado V. El Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del D. F.

046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

En base a lo reflejado en los programas que se han revisados los elementos se valoran de la siguiente manera:

Tabla 30b. PROGRAMAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PARA SU ELEGIBILIDAD.

NIVEL	NOMBRE DEL PROGRAMA	DESCRIPCIÓN			
		ARTICULACIÓN	COMPLEMENTARIEDAD	COINCIDENCIAS	DUPLICIDAD
INTERNACIONAL	Programa Municipal contra la Violencia de Género de Granada	X	X	✓	X
NACIONAL	Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres	X	✓	✓	X
	Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del menor y las familias	X	✓	X	X
	Programa de Apoyo a Instancias de la Mujer del Instituto Nacional de las Mujeres	X	✓	X	X
	Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género	X	✓	X	X
	Programa Integral de Prevención de la Violencia Contra las Mujeres. SUBSEMUN	X	X	✓	X
	Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar	X	✓	X	X
PROGRAMAS DEL DISTRITO FEDERAL	Programa de Reinserción Social para Mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México	X	✓	X	X
	Programa de Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	X	✓	X	X

Fuente: Elaboración propia de carácter ilustrativo de la comparación del diseño del PPAVG con otros programas.

En síntesis como se observa en la Tabla 30b:

a). La articulación sería *un deber ser* del PPAVG con el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, derivado de las atribuciones que se le asigna al sector salud por ser integrante del Sistema Nacional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Sin embargo, en el diseño del programa no se muestra dicha articulación ni con este ni con los demás programas analizados de nivel nacional e internacional.

b). El PPAVG se complementa con el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, ya que el segundo programa contempla al sector salud como parte del Sistema Nacional y por ende al PPAVG, sin embargo, observamos que en el diseño del programa no se menciona la complementariedad entre estos programas. A nivel local el PPAVG se complementa con los Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar y el Programa de Reinserción Social para Mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México.

c). En cuanto a las coincidencias estas se observan entre el PPAVG; con el Programa Municipal contra la Violencia de Género de Granada, Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y el Programa Integral de Prevención de la Violencia Contra las Mujeres. SUBSEMUN, dado a que todos se orientan a la atención integral y los dos de corte nacional comprenden al Sector Salud, y parte de su actuación se fundamenta en la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

d). Con reserva podemos decir que no se encontró duplicidad en la revisión realizada, al contrario, con esta evaluación encontramos unicidad en la búsqueda para la prevención y atención de la violencia de género, con su devenir conceptual, del cual este programa forma parte ya que es muy claro el sector al que va dirigido y las acciones concretas que

realiza con los actores del programa. Además integra elementos que los modelos de prevención y atención señalan, como es la multidisciplinariedad y la atención diferencial.

V.7. Análisis de datos de los instrumentos para atender especificaciones que la normatividad del PPAVG demanda.

Con el propósito de obtener información fidedigna y oportuna que permita atender las especificaciones que la normatividad del PPAVG demanda, como se describió en la metodología²⁸, se realizaron visitas a las unidades médicas, en el periodo comprendido del 19 al 27 de Noviembre del 2014. En dichas unidades médicas se llevó a cabo la aplicación de tres instrumentos diseñados *exprofeso* para el acopio de la información, los cuales son: a) Entrevista al personal responsable en SEPAVIGE (Anexo 2a); b) Entrevista al personal del PPAVG en el Sistema de Salud, preferentemente al responsable (Anexo 2b) y c) Cédula de caracterización, que concentra información estadística disponible en la unidad médica (UM) al momento de la recopilación de datos (Anexo 3). De acuerdo con la metodología, a continuación se presenta la descripción de los hallazgos en una triangulación de las dos aproximaciones complementarias para esta evaluación: cuantitativa y cualitativa.

Se visitaron diez UM, en ocho delegaciones del Distrito Federal; cuatro son hospitales generales, un materno infantil, tres pediátricos y dos centros de salud (jurisdicciones sanitarias); por lo que se obtuvo información de los dos niveles de atención.

V.7.1 Instrumento aplicado a responsables de los SEPAVIGE.

Los datos del instrumento aplicado, reportan que fueron nueve responsables del SEPAVIGE las personas que proporcionaron información, todas tienen puesto como psicólogas y el dato faltante es de una unidad médica, que pese a que se realizaron dos

²⁸ Debido a la orientación interpretativa-hermenéutica la descripción de los hallazgos integra la mirada del investigador así como de los datos vertidos por los informantes, ya que de esta manera se integra la información y se respeta la confidencialidad de quienes amablemente compartieron información valiosa para la evaluación.

visitas, no fue posible contactar a la responsable. Las categorías que se recabaron con este instrumento se encuentran en el Anexo 11.

La media de edad de las entrevistadas es de 30.25 años cumplidos, con una desviación estándar de 2.31, lo cual significa que las profesionales clínicas son muy jóvenes. Todas las respondientes afirman saber de la existencia del PPAVG. Siete de ellas dicen tener de uno a tres años de antigüedad en su puesto, una de cuatro a seis años, y una de siete a nueve años, situación que muestra que la permanencia del personal en el programa es de corto alcance, con las consecuentes pérdidas en la formación de recursos humanos. Parte de esto se evidencia al cuestionarles sobre la normatividad que reconocen que rige al programa, donde ocho contestaron que solo la NOM 046-SSA2-2005, dos de ellas refieren a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.

Referente a la estructura del programa, de las que sí contestaron el instrumento, ocho sí conocen lo que en el *documento-programa* se denominan componentes²⁹ de prevención, prestación de servicios, capacitación, educación continua y coordinación institucional e intersectorial del programa, salvo una de ellas que no contempló la coordinación institucional e intersectorial como parte de la estructura del mismo.

De los requisitos para que las usuarias reciban atención, seis afirman que si existen, como ser mayor de 18 años, haber vivido en condición de violencia, no estar en tratamiento psiquiátrico y tres aseguran que no los hay. De estas respuestas puede inferirse que hay una confusión entre la elegibilidad del programa con los criterios de exclusión, sin embargo, para las responsables de los Servicios Especializados es un hecho que la atención se ofrece a todos los derechohabientes que lo soliciten. En cuanto a la cobertura de atención de la población con posibilidades de requerir el servicio, mediante las

²⁹ En el resto de este apartado se entenderá a éstos como actividades ya que de acuerdo con la MML, los componentes del PPAVG son dos: Prevención y Atención.

actividades de detección, los instrumentos aplicados en la evaluación, reflejan que puede ser entre el 15 y 100 por ciento las que aceptan recibir atención.

Las acciones que consideraron se realizan en el PPAVG son: promoción y difusión, prevención, detección, atención médica y psicológica. De los datos en cuanto a la definición de funciones y responsabilidades para la ejecución de las acciones en materia de prevención y atención de la violencia de género, ocho dicen tenerlas definidas y una contesta no conocerla; de las ocho que si definen, todas le asignan responsabilidad a las áreas: médica, trabajo social y psicológica; es al área jurídica a la que no se le asigna el mismo nivel de responsabilidad, cuestión contraría la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005 (SSA: 2009b).

Coincidentemente con la información analizada en los documentos del programa, si bien se reconoce la existencia de manuales de apoyo para la operatividad, en algunos casos no los tenían físicamente al momento de la entrevista. De los manuales que las responsables dicen conocer, refieren el Manual de procedimientos para la atención integral de la Violencia de Género, el Manual de procedimientos del médico legista en las coordinaciones territoriales del ministerio público, las Guías de atención para: la violencia para el adulto mayor, violencia en los menores y violencia en las mujeres. También refieren conocer la Guía específica del SEPAVIGE, Guía para la intervención por el personal de psicología, el Protocolo de investigación y evaluación del costo de efectividad, Guías de actuación, Manual integrado de atención psicológica a mujeres en situación de violencia (lineamientos y protocolos), Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer, Guía de atención psicológica, Protocolo de atención médica y Manual de especialidad³⁰.

En relación con la Norma NOM-046-SSA2-2005 la percepción de las responsables es que existen dificultades para su aplicación, entre las que destacan la falta de tiempo, falta de

³⁰ Algunos de los nombres de estos documentos pueden no coincidir con los que se recibieron de la Secretaría de Salud pero trabajan o puntualiza sobre esos temas.

capacitación y falta de sensibilización en la detección, con estos elementos se deduce la razón por la cual en ocasiones se omite dar aviso a ministerios públicos.

Referente a las dificultades en la implementación del PPAVG, expresan que sí experimentan dificultades en la capacitación y en la disponibilidad de recursos humanos. Paradójicamente refieren en la entrevista no tener problema con los recursos materiales, sin embargo, durante la misma manifestaron que ellas como trabajadoras dan “apoyo a la unidad médica llevando material para los expedientes y los periódicos murales”. En la infraestructura reportan dificultades ya que los cubículos son pequeños para la atención grupal y existe falta de mobiliario, en algunos casos de equipo de cómputo y teléfono. Además reportan como dificultad *falta de tiempo*, para atender la demanda de usuarias. Asimismo se enfrentan a la resistencia de otras área para atender personas en situación de violencia y también a servidores públicos que no le dan prioridad al PPAVG, consideran que en otras áreas se revictimizan a las usuarias, y no se registra adecuadamente información de las atenciones otorgadas.

Sobre el tema de acoso laboral y hostigamiento sexual entre el personal de la unidad médica refieren que esto si ocurre y se lleva a cabo de compañero a compañero, de jefe a subordinado y de subordinado a jefe. Sin embargo, no hay cultura de la denuncia y no presentaron datos sistematizados sobre esta actividad.

En el grado de satisfacción de la implementación de la PPVG la mayoría considera que es favorable y muy favorable. Lo anterior se complementa con la actitud del personal de las UM para quienes también ha sido favorable y con la satisfacción que aseguran han manifestado las usuarias del programa. Este hallazgo coincide con la investigación Evaluación del costo-efectividad de tres modelos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género en el Distrito Federal (SEDESA, 2014a). Lo anterior podría corroborarse si se tuvieran mecanismos donde los derechohabientes emitan sus quejas, sugerencias o recomendaciones, ya que si bien hay buzones al interior de las UM, estos no

son específicos para el programa, ni cuentan con papelería para que los usuarios/as emitan sus opiniones.

El tipo de atención que generalmente requieren las mujeres víctimas de violencia, es tanto médica como psicológica. En las UM en las que no se pueden brindar todos los servicios requeridos por las usuarias, éstas son referidas a especialidades médicas, a apoyos jurídicos y legales, y a redes de apoyo, entre la cuales mencionaron: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERE), Red de Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delito Sexual (CTA), procuradurías, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Sistema de Atención y Protección Integral a la Infancia (SAPI), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Ministerio Público (MP) y Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF), todas ellas del Distrito Federal.

Algunas UM tienen mecanismos para dar seguimientos a las referencias realizadas para casos que requieren otros tipos de atención, lo cual se lleva a cabo a través de formatos, de acompañamiento y por medio de visitas del área de Trabajo Social. Las actividades de atención se ofrecen por medio de talleres, terapia psicológica individual y grupal, es importante apuntar que en una unidad visitada, por cuestiones de infraestructura, se ofrece solo terapia psicológica individual.

En cuanto al número de sesiones individuales proporcionadas a las mujeres, el rango del dato es muy amplio, puede ser desde tres hasta 10 sesiones, el cual no cubre a los lineamientos de los modelos de atención psicológica del programa que marca 16 sesiones. En cuanto el tiempo de duración de las sesiones la información recabada muestra que sí se ajusta al modelo de intervención. En las sesiones grupales se dedican aproximadamente dos horas, aunque los registros disponibles en las UM no permiten confirmar que se lleven a cabo un número de sesiones suficiente.

A partir de las acciones del componente de prevención del programa, la demanda de atención ha aumentado. Sin embargo, se observa que, en cuanto a la permanencia de las usuarias en el servicio especializado, en algunos casos no se logra el apego terapéutico, es decir, las usuarias no se comprometen o confían en la intervención psicológica. En otros casos la propia conciencia de la problemática les causa temor y otro aspecto, para abandonar la terapia, es el recurso económico para trasladarse al servicio.

En cuanto a la actividad de sensibilización y capacitación al personal en materia de prevención de la violencia desde la perspectiva de género y los derechos humanos, se han ofrecido cursos y diplomados, lo cual no necesariamente significa que lo tomen. En las entrevistas no se reportaron datos consistentes sobre la frecuencia en que se ofrecen estas actividades.

En el transcurso del año 2014 las responsables de SEPAVIGE aseguran haber asistido a acciones de actualización. La mayoría refiere haber asistido de uno a tres cursos por año. Los temas en que se han capacitado son: modelos y protocolos de atención, normatividad jurídica, normatividad administrativa y en un menor porcentaje *“estadísticas”*. Específicamente en cuanto al Diplomado institucional en prevención y atención de la violencia de género más de la mitad de las entrevistadas declaró que ya lo había cursado en años anteriores.

En lo referente a los mecanismos de seguimiento del PPAVG, reportan que se realizan evaluaciones internas, encuestas de satisfacción y los reportes generados por los sistemas de información.

Aunque el PPAVG en operación no contempla la atención a agresores, este grupo si se menciona en el objetivo general del programa. Al respecto algunas entrevistadas aseguran que sí existen programas dirigidos a personas agresoras o generadoras de violencia, externaron que existe la pretensión de trabajar a partir de 2015 con esas personas. Si actualmente se detectan casos, éstos se canalizan a otras instituciones, que no

especificaron. En dos de las UM visitadas aseguran atender agresores proporcionando de una a tres sesiones de psicoterapia individual, con duración de 50 minutos aproximadamente y no ha habido experiencias de sesiones de psicoterapia grupal.

V.7.2 Instrumento aplicado a responsables del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género.

En el instrumento aplicado a responsables del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, las categorías recabadas se encuentran en el Anexo 12. Las personas que proporcionaron la información fueron: cuatro Trabajadores Sociales, un director de UM, un médico adscrito al programa, dos psicólogas responsables de SEPAVIGE y de PPAVG y, una supervisora de enfermería.

La media de edad de los entrevistados es 43.11 años cumplidos, con una desviación de 11.85, lo cual significa que tenemos una población adulta cercana a los 50 años, lo que permiten deducir que tienen una situación laboral más consolidada. El género que predomina es el femenino con cinco mujeres y cuatro hombres.

Las personas entrevistadas, al igual que la mayoría de responsables de SEPAVIGE, afirman saber de la existencia del PPAVG y la mayoría conocen la estructura de dicho programa. Sobre las actividades del programa reconocen las de: prevención y prestación de servicios de salud; capacitación, educación continua, y coordinación institucional-intersectorial. Sobre las acciones que se realizan desde el PPAVG, aseguran que sí realizan promoción/difusión, prevención, detección, atención psicológica y finalmente la atención médica.

Al igual que en las respuestas de las responsables de SEPAVIGE para el trabajo en terapia grupal y se sabe que todas las mujeres mayores de 18 años que refieran estar en situación

de violencia son elegibles de ser atendidas, salvo aquellas que están dentro de los criterios de exclusión, a saber: presentar evidencia de enfermedad o medicación psiquiátrica, ser usuaria habitual de drogas o mostrar signos de depresión severa.

Los entrevistados consideran que las funciones y responsabilidades en la mayoría de los casos están definidas, sin embargo el discurso llega a ser contradictorio ya que comentan que cada UM tiene definidas sus metas por área, aunque una minoría afirma que es confusa la definición de funciones y responsabilidades, debido a cambios imprevistos y a los requerimientos del servicio con una interacción multidisciplinaria.

Refieren tener conocimiento sobre las áreas a las que se les asigna funciones y responsabilidades en el marco del programa, casi la mitad no asignan responsabilidad a las áreas médica y jurídica, en cambio le asignan responsabilidad a Trabajo Social y a SEPAVIGE. La observación que confirma esta percepción sobre las responsabilidades es que el médico canaliza el caso a SEPAVIGE. Es decir, no se reconoce que la canalización al servicio especializado es parte de las responsabilidades de la UM en la que opera el programa, por lo que la visión sobre la integralidad de la atención y el apoyo multidisciplinario es uno de los retos para los diseñadores, planeadores y operativos del programa.

De la misma manera que las responsables de SEPAVIGE, los entrevistados responsables del PPAVG o personal vinculado con el mismo, aceptan la existencia de manuales de apoyo para la operatividad del programa conocen: el Manual de procedimientos para la atención integral de la Violencia de Género (GDF, 2004), el Manual de procedimientos del médico legista en las coordinaciones territoriales del ministerio público (SEDESA: 2011), las Guías de atención para: la violencia para el adulto mayor (SEDESA, 2014c), violencia en los menores y violencia en las mujeres (ND). También refieren conocer la Guía específica del SEPAVIGE (ND), Guía para la intervención por el personal de psicología (SEDESA, 2014d), el Protocolo de investigación y evaluación del costo de efectividad (SEDESA, 2014a), Guías de actuación (ND), Manual integrado de atención psicológica a mujeres en situación de violencia

(lineamientos y protocolos), Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer (SEDESA, 2014b), Guía de atención psicológica, Protocolo de atención médica y Manual de especialidad. Además mencionaron la Ley de Acoso y el Manual de operación de la NOM 046-SSA2-2005 (ND).

Respecto a la aplicación de la NOM-046, éstos aseguran que sí se aplican, no obstante, coinciden con las psicólogas de SEPAVIGE sobre las dificultades encontradas para hacerlo como: la falta de tiempo y de capacitación. En cuanto al desinterés de los médicos al tema de la aplicación de la norma, consideran falta de sensibilización para la atención a las usuarias víctimas de violencia, la negativa de realizar las notificaciones al Ministerio Público y el temor de la aplicación normativa por la reacción que puedan tener los agresores en contra de los servidores públicos. Estas observaciones hechas por los y las entrevistadas permiten dudar de la correcta aplicación de la mencionada norma.

Los entrevistados refieren en su mayoría tener experiencia en la implementación del programa. Manifiestan un grado de aceptación/satisfacción favorable respecto al programa. Sin embargo reportan dificultades para la implementación del mismo, éstas se encuentran en relación con la capacitación, la falta de tiempo, insuficiencia de recursos humanos y, al igual que las responsables de SEPAVIGE, muy pocos refieren dificultades en infraestructura y de interés de las beneficiarias.

La percepción sobre las actitudes del personal de la UM y respuesta de las personas atendidas en el programa en general es favorable. Lo cual podría suponer cierto nivel de satisfacción de la población respecto a la atención recibida aunque no hay evidencia que lo legitime. Si bien existen los buzones como mecanismos en donde los derechohabientes podrían emitir queja, sugerencia o recomendación, no hay evidencia de que los derechohabientes hagan uso de ellos y además no son exclusivos del PPAVG, en este aspecto también coinciden con las respuestas de las entrevistadas de SEPAVIGE.

En cuanto al acoso entre el personal de las unidades médicas, declaran que sí hay acoso, tanto de jefe a subordinado como de subordinado a jefe.

En cuanto a la sensibilización y capacitación, formación y/o profesionalización de los adscritos al PPAVG, afirman que sí han recibido capacitación en materia de prevención de la violencia. Las modalidades de capacitación son: cursos, diplomados, pláticas conmemorativas, dinámicas, jornadas académicas y obras de teatro. Dichas capacitaciones pueden ser desde una vez al mes, hasta una vez al año. En cuanto a los temas en los que se capacita se encuentran: normatividad jurídica, normatividad administrativa, “estadística”, modelos y protocolos de atención, perspectiva de género, sexualidad, formas de intervención a víctimas de violencia, funciones y responsabilidades de cómo atender a las mujeres y la NOM- 046-SSA2-2005.

En cuanto al seguimiento al programa saben que se realizan evaluaciones internas, encuestas de satisfacción e informes basados en los sistemas de información del programa.

V.7.3 La Cédula de información estadística.

Las personas que proporcionaron información para la Cédula de información estadística fueron seis psicólogas responsables de SEPAVIGE, un técnico estadístico, un trabajador social y una trabajadora social responsable del PPAVG. Las categorías que se recabaron con este instrumento se encuentran en el Anexo 13. En el análisis de este instrumento se consideran los datos estadísticos que fueron proporcionados por una integrante del área de Trabajo Social, en cuya unidad médica no existe la figura del responsable de SEPAVIGE y el área de Trabajo Social atiende lo relativo a la violencia de género. Se obtuvo una edad media de 36.25 años, con una desviación del 10.81, dada la dispersión de los datos se puede decir que es una población joven, y sólo dos encuestados tienen una relación

laboral ya estable y con mayor conocimiento del programa. En cuanto al sexo la mayoría de las informantes son mujeres.

Los datos muestran que la información estadística disponible en las unidades médicas es escasa y poco constante. No mostraron evidencia de conservar los datos sistematizados. Por lo cual, para los fines de esta evaluación se presenta a continuación un ejercicio de comparación de los datos entre una de las UM visitadas, contra el Informe Mensual de Avances 2014 del periodo enero-junio (IMA) (SEDESA, 2014d).

De la población que asistió a la unidad médica, 952 personas habían recibido pláticas informativas en el transcurso del 2014 y el IMA reporta que hubo 678 (de enero a junio), por lo que se dedujo que de julio a diciembre debieron haber recibido pláticas aproximadamente otras 678 personas, haciendo un total 1,356. Lo anterior arroja una discrepancia de 404 personas entre ambos instrumentos. Desagregados por sexo, la encuesta *in situ* reporta que fueron 250 hombres y 702 mujeres, y el IMA de enero a junio concentró 253 hombres y 425 mujeres, proyectando que para finales del año debieron haber asistido 506 hombres y 850 mujeres. En los totales de pláticas informativas realizadas durante el año 2014, la encuesta refiere que hubo 70 y el IMA reportó que hubo 52 (de enero a junio), por tanto de julio a diciembre se debieron de haber realizado 52 pláticas más, haciendo un total de 104, estos datos muestran falta de consistencia entre la información de la UM y la instancia que coordina el programa a nivel central de la SEDESA.

Del tipo y cantidad de materiales informativos o de difusión entregados, la encuesta refiere que en la UM, se entregaron 4,838 trípticos, 2500 dípticos, 540 historietas, 4 carteles, 50 plumas, 4 camisetitas, 50 pulseras y "otros" 36 (sin especificar el tipo de materiales), lo que hace un total de 8,022. De acuerdo a lo que reportaron al IMA tenemos 5 carteles, no maneja dípticos, 6,453 trípticos, historietas y/o folletos, 3 periódicos murales, "otros" 779 (sin especificar el tipo de materiales), haciendo un total

de 7,240 materiales entregados, proyectados a finales del año, dicha cantidad debió de duplicarse haciendo un total de 14,480 materiales entregados, que comparándolos con lo que se reporta en la encuesta de la UM dichas cantidades son diferentes y no hay punto de comparación entre los resultados ya que entre un dato y otro habría una diferencia de casi 6,500 materiales, prácticamente lo que IMA reporta en seis meses, el registro de la UM lo reportar en un año.

En cuanto al número de personas sensibilizadas y capacitadas, se reporta que hubo un total de 113 hombres y mujeres capacitados y sensibilizados y el IMA reportó un total de 72 personas sensibilizados y capacitados, proyectados al año harían un total de 144 personas, la diferencia es menor que en los casos anteriores pero sigue sin tener coincidencia. De los tipos de personal capacitado la encuesta arroja que fueron 54 médicos (15 hombres y 39 mujeres), 24 enfermeros (3 hombres y 21 mujeres), 4 psicólogos (2 hombres y 2 mujeres), 1 trabajador social que es mujer, paramédicos 30 (10 hombres y 20 mujeres). En tanto que el IMA registra, únicamente del mes de marzo del año 2014, un total de 35 médicos capacitados (10 hombres y 25 mujeres), 12 enfermeros (10 mujeres y 2 hombres), 2 odontólogos que son mujeres, 10 administrativos (8 hombres y 2 mujeres), otros capacitados 13 (8 mujeres y 5 hombres), lo que evidencia falta de congruencia entre el número y el tipo de personal reportado como capacitado y sensibilizado en los dos instrumentos de registro de datos en comparación. No existe información sobre la duración de las capacitaciones. La periodicidad en esta actividad de capacitación la encuesta refiere que se realizan una vez cada dos semanas.

Las referencias realizadas de acuerdo con la encuesta hacen un total de 49, las cuales se realiza hacia instituciones de apoyo gubernamental, el IMA reporta un total de 44 (de enero a junio), que proyectado al final del año haría un total de 88 referencias, lo cual nuevamente no coincide con los resultados de la encuesta realizada. Las contrarreferencias en la encuesta son 6 y en el IMA son 2 casos.

No obstante que hay una referencia del programa en cuanto a la atención a agresores, no existen acciones reales que las UM realicen al respecto.

V.7.4 Una apreciación cualitativa del PPAVG a la operación en las unidades médicas.

V.7.4.1 Los horarios de las visitas.

Las UM se visitaron en horarios entre las 9:00 y 13:00 hrs. y entre las 14:00 hrs. y 16:00 hrs. Cabe señalar que los SEPAVIGE tienen un horario de atención de 8:00 a 15:00 hrs. de lunes a viernes, lo anterior, puede representar una dificultad en el cumplimiento de los objetivos del PPAVG, como fue dado a conocer en una de las entrevistas *“... ya sucedió en este hospital, llegó un caso en la noche y hubo que hacer una notificación al Ministerio Público y fue hecha en forma incorrecta (la realizó un médico) entonces se me responsabilizó de tal situación por no haber estado para apoyar al médico”* (entrevistado, 2014).

V.7.4.2 La atención proporcionada por los entrevistados

En todos los casos, tanto el personal de los SEPAVIGE, como del responsable o vinculado al PPAVG mostró disposición y mucha colaboración para la realización de las entrevistas, sin embargo si se presentaron casos en donde las responsables de los SEPAVIGE no estaban enteradas de la visita, lo que generó un poco de nerviosismo en las personas, lo cual al parecer no influyó en las respuestas. De igual manera el personal administrativo de las UM, fueron amables y contactaron con prontitud al personal para la aplicación de las entrevistas y el acopio de los datos.

V.7.4.3 La Infraestructura.

En las entrevistas con las responsables de los SEPAVIGE se pudo constatar el profesionalismo e interés con el que realizan su trabajo para ofrecer una atención a las mujeres víctimas de violencia de género, pese a las condiciones de infraestructura en las que se encuentran los módulos de dichos servicios, ya que cuentan con lo mínimo necesario para trabajar, en cuanto a: sillas, archiveros, espacios físicos, lo cuales son reducidos y algunos de ellos se comparte con el personal de psicología hospitalaria, lo que genera frustración en las psicólogas al no poder desarrollar adecuadamente su trabajo. Por ello es preciso destacar que se visualiza conocimiento y entusiasmo sobre el PPAVG. También manifiestan en otros momentos que experimentan satisfacción por su trabajo, principalmente cuando las usuarias le agradecen el buen trato, el buen servicio y que han logrado sentirse mejor, incluso en algunos casos terminar con la vida de violencia que llevaban.

V.7.4.4 Las condiciones laborales: la vinculación y coordinación, la contratación y la contención emocional.

V.7.4.4.1 La vinculación y coordinación.

A lo largo de las entrevistas con las responsables de los SEPAVIGE se nota la saturación de trabajo que experimentan, ya que recae en ellas toda la responsabilidad de la ejecución de las acciones de las actividades del PPAVG. Aún y cuando se reconoce que el programa tiene como normativa la NOM- 046-SSA2-2005 y todo el resto del personal de las UM (médico, de trabajo social, de enfermería y administrativo) está vinculado al PPAVG, no en todos los casos realizan las funciones que les corresponden y delegan al SEPAVIGE todas las funciones; sobre todo se deduce que el personal médico no está comprometido con esas acciones, lo cual se trianguló con las entrevistas realizadas al personal responsable o vinculado al PPAVG, pues reportan que los médicos están poco

sensibilizados en la problemática de la violencia de género, sobre todo contra las mujeres, aún y cuando se trate de personal médico del sexo femenino. Claros ejemplos de lo anterior son los siguientes testimonios: *“cómo que cada quién hace su trabajo” “...hay poca participación de los médicos, se puede deber a la falta de sensibilización, comunicación y coordinación”* (entrevistado, 2014).

Derivado de la falta de sensibilización en el personal médico, en algunas UM, han hecho un particular esfuerzo, por entre otras cosas: *“hacer una tarjeta en la que se sintetizan los pasos para la aplicación de la norma, la tarjeta está prevista para <colgarla> con el gafete de identificación, así como algunos otros materiales como unas toallas para las manos”* (entrevistado, 2014).

Es importante destacar que en la detección de signos de violencia, ha tenido más involucramiento el personal de apoyo, como son las enfermeras y el personal de trabajo social, hecho que se confirmó en algunos casos con los responsables operativos del PPAVG en las UM, entre los que se encuentra, justamente, personal de enfermería y trabajo social.

V.7.4.4.2 La contratación del personal responsable de los SEPAVIGE.

Dentro de las dificultades en la implementación del PPAVG se evidencia la falta de seguridad y estabilidad laboral al estar contratadas por honorarios, en esta modalidad existen dos tipos: lo que ellas denominan “Folios” (que pueden ser de la Secretaría y las de AFASPE)³¹ por lo que firman contratos que pueden ir de tres a seis meses. La mayoría de ellas se han mantenido en el cargo por espacio de dos y hasta tres años, algunas otras

³¹ El AFASPE transfiere recursos financieros e insumos desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) de la Secretaría de Salud (SSA) a los Servicios Estatales de Salud (SESA), destinados a los 32 Programas de Acción Estatal (PAE) a través de la firma de un Acuerdo Marco, del cual se deriva el Convenio AFASPE. Consultado en: <http://www.omm.org.mx/index.php/afaspe.html>

llevaban un año y medio, ocasionando falta de continuidad en la prestación de los servicios incluso el cierre y reapertura de algunos SEPAVIGE. Aunado a esta falta de continuidad y seguimiento a las acciones del PPAVG, las servidoras públicas de salud enfrentan situaciones laborales adversas como la falta de prestaciones, permisos de maternidad, de asistencia a eventos de formación y la posibilidad de tener personal de apoyo para la realización de las actividades del programa.

V.7.4.4.3. La Contención emocional.

Otra de las problemáticas asociadas con el personal responsable de los SEPAVIGE es la falta de acciones institucionales para la contención emocional, como una prestación laboral en donde puedan descargar toda la afectividad y sobresaturación emocional que enfrentan al atender a las mujeres víctimas de violencia de género, en donde muchas de las veces han experimentado sentimientos de enojo, ansiedad, impaciencia, refieren también cansancio físico, sentimientos de frustración y, en algunos casos, miedo por represalias de los generadores de violencia de género. Sin embargo, la atención para la descarga emocional, la han obtenido por sus propios recursos y fuera de las UM, acudiendo con profesionales y llevando a cabo su propio proceso terapéutico para aliviar dicha conflictiva emocional, de lo que aseguran si les beneficia mucho.

V.7.4.5. La Capacitación.

El PPAVG asigna como una prioridad la sensibilización y capacitación del personal de las UM para la atención de la violencia, concebida como un problema de salud pública. Y se menciona como estrategia la asistencia al Diplomado de Prevención y Atención de la Violencia de Género que se oferta desde la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no obstante su importancia, se descubrió que la mayoría de las responsables de los SEPAVIGE, así como el personal de trabajo social y enfermería no lo han tomado. Entre las razones se encuentran: que no se ofertó en el 2014, que se ha convocado sólo al personal

de base, y al personal médico. No obstante, las psicólogas de los SEPAVIGE en algunos casos habían participado como ponentes en algunos de los módulos de dicho diplomado. Además de haber participado de manera personal en procesos y eventos de capacitación y profesionalización que han sido ofertados por otras instancias gubernamentales o de la sociedad civil, pero cuyos costos corren por su cuenta.

V.7.4.6. El acopio de los datos del Instrumento: Cédula de datos estadísticos.

Para el acopio de los datos cuantitativos, la intención era realizar el levantamiento de la información el mismo día de la visita a la UM, sin embargo, se encontró con el problema de la falta de tiempo del personal para el llenado de la cédula en cuestión, algunas se encontraban dando atención psicológica y tuvieron que suspender para dar paso a la entrevista, en otros casos, la persona responsable de proporcionar la información no se encontraba y, si se encontraba, la información no estaba concentrada y mucho menos desagregada, por lo que fue necesario en algunos casos dejar la cédula para su envío vía correo electrónico. Sin embargo no en todos los casos fue enviada la información.

La realización de las visitas y la aplicación y triangulación de los datos emanados de los instrumentos de recolección, cuantitativa y cualitativa permitieron reconocer que el PPAVG opera en las UM de la SEDESA del D.F. A pesar de que hay condiciones adversas, el personal muestra conocimiento, disposición, entusiasmo y compromiso que hace posible la atención a las mujeres en situación de violencia.

V.8. Valoración de Indicadores de resultados del programa.

Debido a que el diseño del PPVG no presenta su Matriz de Indicadores (MI) y fue posteriormente, la instancia responsable del programa, la que determinó los mecanismos de evaluación para integrar el sistema de información de indicadores (IMA e IGA) que permitiera la valoración del alcance de las metas físicas del programa. Por tanto, para esta evaluación se tomaron en cuenta: a) las metas establecidas en el programa y en las reglas de operación, b) los mecanismos de evaluación y sus indicadores en las RO y c) los resultados del programa que se presentaron en el apartado anterior.

V.8.1. Las metas físicas establecidas en el programa y en las reglas de operación.

En la tabla 32, se observa que los indicadores relativos al PPVAG y presentados también en las reglas de operación contienen solo los relativos a las actividades de las líneas de trabajo, y éstos no son homogéneos ni en cantidad ni en descripción, ya que mientras el programa presenta 13 metas, las reglas de operación solo presentan siete.

Tabla 32. COMPARATIVO DE METAS EN REGLAS DE OPERACIÓN Y EN PROGRAMA Y SU CORRESPONDENCIA A LAS LÍNEAS DE TRABAJO (ACTIVIDADES) DEL PPAVG.

Línea de trabajo correspondiente a las actividades en el programa	Metas en Reglas de Operación 2014 (SEDESA, 2014e)	Metas en PPAVG 2014 (SEDESA, 2014f)
Prevención de la violencia de género	Pláticas preventivas a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud	Pláticas preventivas 8,000 a 170,000 personas usuarias de los servicios de salud
	Distribución de material de promoción y difusión (700,000)	Distribución de material de promoción y difusión (700,000)
	Acciones de prevención en materia de violencia laboral (300)*	Acciones de prevención en materia de violencia laboral (300)*
	Acciones de prevención en materia de acoso sexual (300)*	Acciones de prevención en materia de acoso sexual (300)*
	No se indica	Entrevistas de información (19,920)
Prestación de servicios de Salud	20,000 personas atendidas por lesiones y padecimientos producto de violencia	20,000 personas atendidas por lesiones y padecimientos producto de violencia

	Sesiones de psicoterapia (16,000)	Sesiones de psicoterapia (16,000)
	Detección de víctimas de violencia de género (50,000)	Detección de víctimas de violencia de género (50,000)
	No se indica	Creación de 3 SEPAVIGE
	No se indica	Contratación de psicólogas (34)
	No se indica	Contratación de médicas generales (14)
Sensibilización, capacitación, educación continua e investigación en violencia de género	Sensibilización y capacitación de profesionales (6,000)	Sensibilización y capacitación de profesionales (6,000)
	No se indica	Diplomado de PPAVG (1)
	No se indica	Cursos de capacitación (20) de la NOM-046
	No se indica	Informes de acciones realizadas (40)
	No se indica	Publicación de estudios y protocolos en materia de violencia de género (2)**
Coordinación institucional e intersectorial	No se indica	Visitas de supervisión del programa (25)
	No se indica	Reuniones con responsables del programa (3)**
	No se indica	Sesiones de la Comisión Intersectorial para la PPAVG (3)**

Fuente: Elaboración propia con base en las metas en reglas de operación y en el diseños del programa con la correspondencia a las líneas de trabajo.

*La meta se dividió para fines de clarificar que se plantea como una meta física y son dos actividades distintas.

**Estas “metas” no se encontraban en las metas físicas de las RO, sino solo en las actividades del documento *programa-programa 2014*.

En relación con las metas físicas es necesario mostrar que en los dos documentos analizados éstas son de tipo operativo, se programan a un año y además como se consigna en la tabla anterior, las metas están diseñadas sobre las líneas de trabajo del programa y no en relación al funcionamiento del Modelo de atención.

V.8.2. Los mecanismos de evaluación y sus indicadores.

1) Los medios de verificación del programa.

Los medios de verificación que se consultaron para analizar los resultados del programa se obtuvieron de: las RO para el año 2014, de los sistemas de información en los que se concentran los datos sobre el avance de las metas, del trabajo de campo realizado en diversas UM y del *documento-programa 2014*.

Los datos empíricos ofrecieron una gran variedad de información para contextualizar y comprender la dinámica de la operación del PPAVG como se mostraron en el apartado correspondiente y se analizan *infra*.

Los medios de verificación están constituidos por: las fuentes de información, las cuales se integran por los sistemas de información institucionales denominados: Informe General de Avance (IGA), Informe Mensual de Avance (IMA) y Sistema de Información de Salud (SIS), a partir de los cuales la Secretaría de Salud elabora un Informe de indicadores de manera anual.

El método de recolección para este programa se llevó a cabo mediante formatos de concentración de datos cuantitativos que elaborados en las UM para su entrega a la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud de Distrito Federal. Esta información estadística es analizada y se convierte en insumo para la elaboración de los informes respectivos que se presentan con periodicidad anual, sin embargo las unidades médicas no mostraron evidencia de conservar los registros que envían a la SEDESA.

En cuanto al método de análisis de los indicadores del programa (contenidos en las reglas de operación) se realiza mediante la aplicación de las fórmulas porcentuales para calcular el cumplimiento de las metas programadas. Como ejemplo presentamos a continuación algunos de los indicadores registrados para el programa:

Número de atenciones otorgadas a víctimas de violencia de género en un periodo determinado X 100

Meta de atenciones programadas a víctimas de violencia de género en el mismo periodo

Número de pláticas preventivas otorgadas en un periodo determinado X 100

Meta de pláticas preventivas programadas en el mismo periodo

Por lo que respecta a la frecuencia con que se realiza el acopio de la información, y por tanto la presentación de los informes del programa, se encontró que las reglas de operación no estipulan una periodicidad determinada, sino que implícitamente puede inferirse que es de manera anual, por la temporalidad de las propias reglas de operación, pero tampoco se especifica la meta a cumplir para cada una de las UM. De igual forma y a partir de la revisión de los informes que presenta la Secretaría de Salud del D.F. a través de sus sistemas de información la periodicidad de los documentos ahí publicados nos indica que estos se elaboran de manera mensual y anual.

Con relación a los responsables de la elaboración e información sobre los indicadores del PPAVG, las reglas de operación indican que las unidades administrativas son las siguientes:

Dependencia: Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Unidad Administrativa: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

Área Operativa: Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial

También se identifica que los responsables del llenado de los concentrados de información por UM recaen en el personal directivo de las propias unidades, estos datos los preparan ya sea las responsables de los SEPAVIGE, los responsables del PPAVG o el director de la unidad médica.

Los indicadores cuantitativos de eficiencia del PPAVG se refieren única y exclusivamente al cumplimiento de las actividades del programa, derivadas de las metas operativas del mismo y que en las reglas de operación son presentadas como “metas físicas”, sin embargo, no se encontró información relativa a los indicadores de eficiencia relacionados con los objetivos (general y específicos) en los aspectos cualitativos necesarios para cumplir con los fines del programa.

El cálculo de la eficacia y la eficiencia de un programa requieren descomponer la población atendida en sus componentes, es decir determinar las personas pertenecientes a la población objetivo y personas no perteneciente a dicha población. La eficacia,

entonces para el caso del diseño del programa bajo evaluación no es posible calcularse, debido a que no se tiene definida la población objetivo, ya que los criterios de inclusión que estipulan tanto el programa como las reglas de operación indican que se atenderá a toda las mujeres mayores de 18 años que declaren o acepten estar en situación de violencia de género.

Derivado de lo anterior no se cuenta con elementos suficientes para calcular la eficiencia del programa, sino únicamente de algunas de las actividades programadas, en relación con el informe de indicadores proporcionado por la propia SEDESA mostradas en tabla 33.

Tabla 33. MATRIZ DE INDICADORES DE RESULTADOS.

DESCRIPCIÓN	META	LOGRO	INDICADOR FÓRMULA	NIVEL DE EFICIENCIA %
Personas atendidas por lesiones y padecimientos producto de violencia	20,000	15,360	$\frac{15,360 \times 100^{32}}{20,000}$	76.8
Pláticas preventivas a personas usuarias de los servicios de salud	170,000	113,560	$\frac{113,560 \times 100^{33}}{170,000}$	66.8
Distribución de material de promoción y difusión	700,000	564,900	$\frac{564,900 \times 100^{34}}{700,000}$	80.7
Distribución de material de promoción y difusión	16,000	14,272	$\frac{14,272 \times 100^{35}}{16,000}$	89.2
Detección de víctimas de violencia de género	50,000	44,750	$\frac{44,750 \times 100^{36}}{50,000}$	89.5
Sensibilización y capacitación de profesionales	6,000	4,944	$\frac{4,944 \times 100^{37}}{6,000}$	82.4
Acciones de prevención	300	312	$\frac{312 \times 100^{38}}{300}$	103.9

³² Número de atenciones otorgadas a víctimas de violencia de género en un periodo determinado X 100
Meta de atenciones programadas a víctimas de violencia de género en el mismo periodo

³³ Número de pláticas preventivas otorgadas en un periodo determinado X 100
Meta de pláticas preventivas programadas en el mismo periodo

³⁴ Número de materiales de promoción y difusión distribuidos en un periodo determinado X 100
Meta de materiales de promoción y difusión programados para distribuir en el mismo periodo

³⁵ Número de sesiones de psicoterapia otorgadas a víctimas de violencia de género en un periodo determinado X 100
Meta de sesiones de psicoterapia otorgadas a víctimas de violencia de género en el mismo periodo

³⁶ Número de detecciones otorgadas en un periodo determinado X 100
Meta de detecciones programadas a otorgar en el mismo periodo

³⁷ Número de personal capacitado y/o sensibilizado en un periodo determinado X 100
Meta de personal programado para ser capacitado y/o sensibilizado en el mismo periodo

³⁸ Número de acciones de prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual realizadas en un periodo determinado X 100
Meta de acciones de prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual programadas en el mismo periodo

en materia de acoso laboral y sexual			300	
---	--	--	-----	--

Fuente: Elaboración propia de resultados reportados por la SEDESA (SEDESA, 2014e).

Como se muestra en la tabla 33 la eficiencia del programa evaluado, a partir de los resultados de las actividades, nos indican que las metas se cumplen en promedio en un 80 por ciento. Sin embargo esto no refleja el cumplimiento del objetivo general del PPAVG

2) Las fuentes de información de resultados del programa.

El programa no marca fuentes de información, esta es una ausencia grave desde el punto de vista de planeación estratégica, no así a nivel operativo, por que dichas fuentes si se encuentran en las RO. Las fuentes de información consultadas de los resultados del programa fueron: el IGA, el IMA, el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) y el informe de indicadores.

V.8.3. Los resultados empíricos del programa.

Análisis de información.

Los instrumentos de captación de información dan mayor énfasis a los datos cuantitativos y no a los cualitativos, es decir a los resultados y no a los procesos, esto impide conocer los logros de los objetivos generales y específicos, ya que no es suficiente este tipo de datos para evaluar los fines del programa.

Los sistemas de información con que cuenta el PPAVG no reflejan lo que implica la operativa del mismo. Además hay dificultades para recuperar la información en las UM misma que no coincide con la información que se concentra en la unidad administrativa responsable del PPAVG en la Secretaría de Salud del D.F. Por ejemplo, la falta de consistencia entre la información de la unidad médica, con la que se realizó un ejercicio de comparación y la instancia que coordina el programa a nivel central de la SEDESA, fue

evidente en el caso de la entrega de materiales de promoción, prácticamente con lo que IMA reporta en seis meses, el registro de la unidad médica lo reportar en un año.

En cuanto al número de personas sensibilizadas y capacitadas, la diferencia entre los datos de la UM y la SEDESA es menor que en los casos anteriores, pero sigue sin tener coincidencia. Esta meta, expresada en las reglas de operación, pretende una capacitación para 6,000 personas sin embargo, la meta no se desglosa para una su distribución por UM. Pese a las condiciones de infraestructura en las que opera el PPAVG, en las entrevistas con las responsables de los SEPAVIGE, se pudo constatar el profesionalismo e interés con el que realizan su trabajo para ofrecer una atención a las mujeres víctimas de violencia de género, y realizar las actividades programadas en las metas físicas.

Dentro de las dificultades en la implementación del PPAVG se evidencia, en relación con el personal, la falta de seguridad y estabilidad laboral. Solo algunas de las responsables se han mantenido en el cargo por espacio de más de tres años, esto provoca, como ya se apuntó en el apartado V.7, falta de continuidad en la prestación de los servicios incluso el cierre y reapertura de algunos SEPAVIGE.

Reiteramos la ausencia en la operación del programa de resolver la contención emocional de las personas que atienden a quienes en situación de violencia acuden a recibir el apoyo en el marco del programa.

Con base en lo anterior se concluye que el diseño del programa que se evalúa presenta como una de sus áreas de oportunidad la incorporación de los indicadores a los objetivos del PPAVG que se relacionen con los fines, propósitos y componentes del mismo.

La información recabada en las UM, da cuenta de inconsistencias que no permiten corroborar que lo que se presenta en los informes oficiales corresponde a los logros de las metas físicas en las UM. Ante tal circunstancia y a partir de las tablas que se expusieron

anteriormente es posible determinar que el programa requiere revisar la concordancia entre las metas y los objetivos porque no hay indicadores cualitativos para los mismos. Así mismo es conveniente apuntar que el PPAVG es un esfuerzo continuado de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y lo que se requiere es demostrar los avances que ha significado en relación al objetivo que lo generó.

La característica del programa de ser anual no permite ver que se cumplan los objetivos, propósitos y fines del programa. Hay evidencia de resultados de actividades de corto plazo pero no hay evidencia del avance del logro de los objetivos porque estos son de largo aliento. Por otra parte no hay diseño de indicadores, fuente de información, método de recolección método de análisis, ni responsable para evaluar objetivos. Lo anterior permite deducir que se requiere tomar decisiones sobre el seguimiento y evaluación del programa para retroalimentarlo y hacer los ajustes para la mejora del mismo. En síntesis los indicadores que posee el programa son operativos y dirigidos únicamente a las actividades del mismo y no se observa relación con los objetivos del mismo y modelo de atención.

V.9. Análisis de la congruencia entre normatividad y mecanismos de operación para determinar su armonización.

Tomando en cuenta que la normatividad que rige de manera directa al PPAVG está conformada por: a) Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y su reglamento; b) Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal y su reglamento; c) Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del Distrito Federal y su reglamento y, d) Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, y que esta normatividad ha sido analizada en el apartado V.2. de este informe, se concluye lo siguiente:

- No se aprecia relación en el *documento-programa* del PPAVG con la normativa federal y del Distrito Federal para prevenir y atender la violencia contra las mujeres.
- Tampoco se observó vinculación con el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ni con el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
- El PPAVG no denota en su diseño procedimientos y articulación para la coordinación y vinculación interinstitucional.

A partir de ello podemos afirmar que:

La normatividad federal y del Distrito Federal relativa al acceso de las mujeres a una vida libre de violencia se encuentra armonizada, toda vez que si bien cada una mantiene su ámbito de competencia, conservan su identidad. Sin embargo, esta normatividad solo se menciona tanto en el PPAVG, como en sus reglas de operación a manera de referencia, sin que se aprecie la vinculación y articulación en el diseño del programa. Tampoco se identificó articulación a partir de la participación y atribuciones que tiene el PPAVG para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

Con relación a la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del Distrito Federal, el PPAVG no se encuentra alineado ni articulado, ya que en sus objetivos no establece como prioridad alcanzar la igualdad de género, sino que la mirada que subyace es una sutil confrontación y subordinación entre mujeres y hombres. Además, PPAVG no incorpora en sus líneas de trabajo y modelo de atención mecanismos y acciones para promover la igualdad de género sino que sus componentes se encuentran destinados a la prevención y atención de la violencia.

Sobre la articulación del PPAVG con la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal (ALDF, 1996), se identificó que sí existe afinidad conceptual al considerar que la mujer es violentada principalmente en el ámbito privado (doméstico),

derivado de ello, en el PPAVG se incorporan acciones tendientes a informar, prevenir, diagnosticar y atender situaciones de violencia que se presume acurren principalmente en el ámbito familiar. Sin embargo, en sus componentes de prevención y atención no se incorporan acciones de conciliación para mantener el vínculo familiar, cuestión que sí promueve la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, mediante la creación de procedimientos de conciliación para mantener no solo el vínculo familiar sino también proteger la salud física y emocional de los integrantes.

Es importante mencionar que en las Leyes en comento se establece la necesidad de definir y asignar presupuestos para la implementación de programas, sin embargo el PPAVG no cuenta con un presupuesto definido y el que se destina proviene de recursos propios, que por tanto no son regularizables.

VI. Conclusiones y recomendaciones

En este informe se han mostrado el análisis y la consecuente valoración externa realizada al diseño del Programa para la Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal, como un instrumento para la política pública que orienta los programas sociales del D.F. en los siguientes aspectos:

- a) El tema central que aborda el PPAVG y la problemática que atiende a la luz de su evolución contextual y conceptual.
- b) Las principales características del diseño del PPAVG así como su articulación, alineación y aportaciones a los instrumentos de planeación nacional y del Distrito Federal.
- c) La observancia de la normatividad en el diseño del PPAVG a partir de los documentos que rigen dicho programa.
- d) Los resultados del PPAVG derivados de los indicadores cualitativos y cuantitativos del programa a partir de su diseño.

Toda la información utilizada en esta *evaluación en materia de diseño*, es de carácter oficial, en algunos casos proporcionada por la instancia designada por la propia Secretaría de Salud del Distrito Federal y en otros casos es información recuperada de páginas electrónicas las cuales están listadas en el apartado de bibliografía y referencias de este informe.

VI.1. Conclusiones

VI.1.1. El tema central que aborda el PPAVG y la problemática que atiende a la luz de su evolución contextual y conceptual.

La revisión de la información muestra que, para el gobierno del Distrito Federal, la violencia es una problemática social que dada su relevancia ha sido considerada como un problema de salud pública ya que tiene repercusiones relevantes para la salud física y mental de las personas, afecta el desarrollo humano y disminuye su calidad de vida así

como su plena participación ciudadana. No obstante, pese a que se requiere conocer, comprender y aprovechar las experiencias internacionales en cuanto a la atención de esta problemática, es necesario reconocer que las condiciones de desarrollo social, educativo y económico de cada uno de los países, impiden la comparabilidad de los resultados de investigaciones obtenidas, por tanto, se requiere generar información necesaria del Distrito Federal, para el establecimiento de políticas públicas específicas que atiendan esta problemática social.

El tema de violencia, visto como problema social requiere de atención integral, ha transitado por debates teórico-conceptuales, académicos, políticos y sociales en los cuales se han tenido avances significativos en reconocer y buscar alternativas para atender los tipos y modalidades en que la violencia se presenta, como son: la violencia contra las mujeres, los niños y las niñas, los adultos mayores y la violencia intrafamiliar. Sin embargo, no se atiende a los agresores, por lo que la atención no se realiza de manera integral para, disminuir no sólo los casos de violencia sino los factores que la determinan.

Derivado de ello, se observa que las políticas públicas y programas para su atención han sido elaborados de manera parcial. La evaluación que prescribe el gobierno del Distrito Federal, para el PPAVG, a través de EVALUA sobre el diseño de un programa social que impacte en esta problemática es un acierto para alcanzar la integralidad en la solución de la violencia. La atención de la violencia, que ha sido dirigida principalmente hacia las mujeres, es una situación que coincide con los avances conceptuales, no obstante, la violencia de género se define como la que se ejerce de un sexo sobre otro, y en implementación de la política social del Distrito Federal (a través de los programas) prevalece la visión del fenómeno como si fuera solo del hombre hacia la mujer, dejando en un segundo término a los niños, niñas, jóvenes, personas adultas mayores y la importancia de trabajar con los agresores.

La información revisada del PPAVG del D.F. no muestra con claridad los avances en términos de la disminución de la violencia y sus secuelas, como se enuncia en el objetivo general del programa. Lo que se logra es poner de manifiesto el incremento de casos declarados de violencia contra la mujer que se atienden o denuncian, lo cual presupone que la efectividad de las políticas y programas repercute en la visibilización de los mismos así como el incremento de denuncia, quedando pendiente la atención, evaluación y seguimiento para determinar la efectividad de estas políticas y programas en el Distrito Federal entre los que se encuentra el PPAVG.

Esto fue posible a partir del análisis documental, de información estadística internacional y nacional sobre la problemática en mención y de los sistemas de registro de información de la Secretaría de Salud del D.F. Se concluye que los datos, propuestas y programas con diversos niveles de actuación, no muestran resultados contundentes de sus efectos. Asimismo los componentes del PPAVG sujeto a evaluación: Prevención y Atención, requieren un estado del arte que justifique la existencia de un programa de esta naturaleza con una revisión y triangulación exhaustiva. Por otra parte los resultados del PPAVG desde la información institucional, presenta poca consistencia en relación al objetivo general y específicos planteados en el programa.

En síntesis se puede afirmar que el tema de violencia de género se ha ido definiendo con mayor precisión, y en el caso del Distrito Federal estos avances no se ven reflejados en el diseño del PPAVG. De igual forma los tipos o modalidades así como los ámbitos de la violencia aún no han sido incorporados para su atención en el programa, a partir de su modelo de atención y líneas de trabajo.

De igual manera se precisa que debido a la diferencia entre los datos del programa evaluado y los términos de referencia, algunas de las preguntas planteadas para la evaluación no pudieron ser respondidas de manera directa.

VI.1.2. Principales características del diseño del PPAVG así como su articulación, alineación y aportaciones a los instrumentos de planeación nacional y del Distrito Federal.

El PPAVG en su diseño, es un programa de nivel operativo que limita los alcances del mismo ya que su temporalidad es anual, eliminando la posibilidad de alcanzar en este periodo de tiempo los objetivos que establece así como tampoco los fines y propósitos que persigue.

El *documento-programa 2014* no define la estructura operativa para su adecuada implementación, seguimiento y evaluación, es decir no se exponen los requerimientos mínimos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios. En su estructura y contenido no incorpora todos los elementos de un diseño de planeación estratégica, ni se apega a los lineamientos metodológicos establecidos en la Guía metodológica para el desarrollo de los componentes de los programas derivados del PGDDF 2013-2018 del Distrito Federal.

El PPAVG se encuentra articulado con los instrumentos de planeación nacionales 2013-2018 y a nivel local con: el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal y el Programa Sectorial de Desarrollo con Equidad e Inclusión 2013-2018 del Distrito Federal, sin embargo, no se articula ni alinea con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del Distrito Federal, situación que es contraria con la asignación del PPAVG a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Derivado de lo anterior es previsible que las aportaciones que el PPAVG realiza a los instrumentos de planeación nacional sean directas y significativas. También colabora de manera directa con los instrumentos de planeación del Distrito Federal, principalmente con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal y el Programa Sectorial de Desarrollo con Equidad e Inclusión 2013-2018 del D.F. No así con el Programa Sectorial de

Salud 2013-2018, lo que nuevamente establece una contradicción por ser la instancia responsable de su diseño e implementación en el Distrito Federal que es la SEDESA.

El diseño del PPAVG no explicita los procesos de complementariedad, articulación, coincidencias y/o duplicidad con otros programas sociales del Distrito Federal, lo cual es necesario para la coordinación institucional e intersectorial que declara como una de sus líneas de trabajo, al señalar un listado de dependencias gubernamentales y de la sociedad civil para la atención integral de la violencia de género. Aunado a ello, tampoco especifica los niveles de coordinación, mecanismos y acciones concretas a realizar con cada una de las instancias enlistadas. Por lo tanto aun cuando realice actividades en combinación con las instancias anteriores es difícil evaluar si éstas corresponden a los criterios de complementariedad, articulación, coincidencias y/o duplicidad, mismos que no han sido definidos.

VI.1.3. La observancia de la normatividad en el diseño del PPAVG a partir de los documentos que rigen dicho programa.

La normatividad que rige al PPAVG del D.F. así como sus mecanismos de operación es armónica, sin embargo, pierden su congruencia en la etapa de implementación, coordinación y evaluación. De hacer efectivos estos procesos coadyuvarán con la eficiencia y eficacia del mismo.

Uno de los problemas que se identificaron en el diseño del PPAVG con relación a la observancia de la normatividad, es que no existe suficiente articulación con los mecanismos nacionales, por ejemplo con el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 derivado de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida de Violencia, pese a que es uno de los documentos normativos en los que se sustenta el programa en evaluación. El PPAVG no se encuentra integrado como parte del Sistema Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la

Violencia del cual forma parte el Gobierno del Distrito Federal. Tampoco en el caso del Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación 2014-2018 armonizado con la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres del D.F. ya que los objetivos y metas del PPAVG no están destinados a atender estos aspectos.

Con relación a la normatividad del Distrito Federal que rige al programa, se observó falta de articulación de éste con las leyes en materia, ya que sólo se enuncian en el documento y no se explican los procedimientos que cristalizan lo establece el Modelo Único de Atención en términos de sus lineamientos y mecanismos de operación, seguimiento y evaluación interinstitucionales para asegurar su cumplimiento.

Con relación a la normatividad del Distrito Federal podemos concluir que el PPAVG se vincula de manera adecuada con los principios que establece la Ley de Seguridad Social del D. F., como son los de universalidad, justicia distributiva, exigibilidad, integralidad, equidad social y equidad de género, con los cuales el PPAVG tienen mayor vinculación a través de sus fines, objetivos, propósitos y actividades. Particularmente el PPAVG contribuye al cumplimiento de los siguientes objetivos de la misma ley: los derechos sociales universales y el derecho a la igualdad social, coadyuvando en la reconstrucción del tejido social.

Los lineamientos y mecanismos del PPAVG, se establecen como parte de los programas sociales del D.F. de manera general. Es hasta el año 2014 que se publican reglas de operación exclusivas para el programa, sin embargo, el *documento-programa 2014* no integra todos los componentes establecidos en las RO para programas sociales del Distrito Federal ni hace referencia a éstas, lo que ocasiona un vacío de información que provoca confusiones en la operatividad del PPAVG.

Finalmente podemos afirmar que la efectividad de la instrumentación normativa del PPAVG no se está trabajando con la triada necesaria: normatividad, reglas de operación y *documento-programa*.

VI.1.4. Los resultados del PPAVG derivados de los indicadores cualitativos y cuantitativos del diseño del programa.

En las UM se conoce y reconoce el PPAVG, el personal operativo conoce los documentos y manuales para la implementación del programa, algunos de estos materiales los consiguen por su cuenta o los obtienen de Internet. También manejan la documentación y formatearía necesaria para el registro y seguimiento de información cuantitativa del programa.

Formalmente existe un responsable del PPAVG a nivel de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se identificó que es de reciente asignación y por tanto desconoce el diseño del PPAVG y se está informando sobre la operatividad del mismo en las UM.

Los sistemas de información con que cuenta el PPAVG no reflejan del todo la realidad operativa del mismo. Además, la información tiene dificultades para ser analizada desde las UM y por la unidad administrativa responsable del PPAVG. En el trabajo de campo se detectó que los responsables de la información en las UM, no conservan resguardo de lo que entregan a la SEDESA.

Los instrumentos de captación de información dan mayor énfasis a los datos cuantitativos y no a los cualitativos, es decir, a los resultados y no a los procesos, esto impide conocer los avances y logros de los objetivos generales y específicos, ya que no es suficiente este tipo de datos para evaluar los objetivos y fines del programa.

Las metas e indicadores del programa se diseñan a nivel operativo (sobre actividades de las líneas de trabajo y del modelo de atención), no se consideran metas e indicadores a

nivel estratégico, por lo que son de corto alcance (un año), no permitiendo valorar sus resultados de manera integral. Asimismo se detectó la ausencia de una matriz de indicadores (MI) de la cual se presenta una propuesta en el apartado V.8 de esta evaluación.

Con relación al Modelo de Atención del PPAVG, éste se aplica en su mayoría con mujeres en los aspectos de atención médica y psicológica. Sin embargo, existen algunas UM cuyos servicios psicológicos han sido cerrados temporalmente por la inestabilidad laboral del personal que atiende este servicio. Adicionalmente se detectó como área de oportunidad ofrecer el servicio de atención psicológica en la UM que no lo ofrece.

La selección y capacitación de los recursos humanos para el PPAVG requieren de mayor seguimiento y continuidad para evitar que la alta rotación de personal repercuta en la inversión realizada en la capacitación del recurso humano y afecte negativamente la calidad de los servicios.

Se encontró que la operación del PPAVG no cuenta con una estructura organizacional y funcional definida, así como con manuales de funciones y procedimientos (además de la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Secretaría de Salud) que favorezca la clarificación de responsabilidades y niveles de intervención, así como el compromiso institucional de todas las figuras que intervienen en las UM y en la operación del PPAVG.

A manera de conclusión general, podemos afirmar que la existencia y continuidad del PPAVG está justificada por la importancia y trascendencia del problema de salud pública que atiende, por la población beneficiaria que se ubica en condición de vulnerabilidad y por el cumplimiento a los acuerdos internacional, las leyes y normatividades nacionales y Distrito Federal. Además, por formar parte de la política pública del D.F., el programa requiere ser fortalecido a través de mecanismos de evaluación y seguimiento para así

contribuir en la construcción de una sociedad con pleno goce de sus derechos sociales y humanos para los ciudadanos del Distrito Federal.

VI.2. Propuestas de mejora para el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género del Distrito Federal: Recomendaciones

Las conclusiones que se expresaron en párrafos anteriores y con la intención de ofrecer propuestas de mejora concretas para el diseño del PPAVG se presentan las siguientes once recomendaciones:

1. De acuerdo a los índices de desarrollo y contexto sociocultural de la población del D.F., usuaria de los servicios de salud del Gobierno del D.F., se requiere generar información para atender la problemática en torno a la violencia de género que se vive. Para el PPAVG será conveniente conocer las causas y repercusiones sociales, de salud y económicas que genera la violencia de género por lo que es indispensable realizar un diagnóstico en el Distrito Federal de estas condiciones, para rediseñar su modelo de atención, con el propósito de potenciar los aportes del PPAVG y que éste, sea capaz de contribuir con mayores alcances en la disminución de las causas, consecuencias y secuelas de la violencia, es decir se hace necesario determinar con base en el análisis y evaluación del fenómeno de la problemática, el establecimiento de diseños y desarrollos metodológicos teóricos e instrumentales para atenderla.
2. Se requiere que se lleve a cabo un rediseño del programa³⁹, con el nivel de planeación estratégica de mediano o largo plazo, apegado a la metodología correspondiente, en el que se incluyan todos los componentes contenidos en la Guía de las Reglas de Operación para Programas Sociales del D.F. Esto contribuirá para que el PPAVG sea visibilizado por las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social del Distrito Federal.

³⁹ Este rediseño generará un documento-programa que a diferencia del evaluado si contenga todos los elementos que se solicitan en las recomendaciones de este apartado.

3. Es necesario incorporar al rediseño del PPAVG, la estructura operativa para su adecuado funcionamiento, formalizando a los SEPAVIGE como parte de ésta, así como la descripción de las principales funciones y atribuciones de las áreas que intervienen.
4. Es menester que un programa de esta importancia y prioridad cuente con una partida presupuestal definida.
5. Se deben incluir en el documento-programa producto del rediseño, los procedimientos de actuación del personal operativo y directivo y en particular lo relativo a la aplicación de la norma NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, buscando estrategias que garanticen su correcta aplicación. Para lo cual es necesario elaborar los manuales organizacionales y funcionales.
6. Una vez rediseñado el PPAVG del D.F., es indispensable nombrar a los responsables del programa en el nivel sectorial y por UM, formalizando este nombramiento y estimulando al personal designado para el adecuado seguimiento y evaluación del programa en su nivel de competencia. Este nombramiento no será una actividad adicional en la lista de tareas que tienen a su cargo.
7. Debido a la ausencia de claridad sobre la articulación de la normatividad que rige al PPAVG y su aplicación a nivel operativo, se requiere que el programa, en su diseño, incorpore la normatividad que lo rige, así mismo se muestre la complementariedad, articulación y coincidencias con otros programas sociales para evitar duplicidades en el uso de recursos humanos y materiales dirigidos a un mismo fin.

8. Debido a la ausencia de una estructura organizacional y funcional, así como de los manuales de funciones y procedimientos, se recomienda la elaboración de un Manual de Organización del PPAVG y sus respectivos Manuales de Funciones y de Procedimientos.
9. Para garantizar el conocimiento y aplicación operativa del PPAVG, se recomienda socializar el programa a nivel institucional e intersectorial y generar estrategias sistemáticas de capacitación inicial y permanente para el personal que trabaja en las diferentes Secretarías del Gobierno del Distrito Federal.
10. Se requiere desarrollar acciones para demostrar que se logra la sensibilización y capacitación del personal médico y directivo de las UM de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el que directamente opera el PPAVG en relación con la violencia de género, con énfasis en el conocimiento y cumplimiento de la normatividad respectiva en los diferentes niveles de gobierno, sectores e instituciones responsables. También sobre el Modelo de Atención y las líneas de trabajo del programa así como para el seguimiento y evaluación de indicadores cualitativos y cuantitativos.
11. Por el Modelo de atención del PPAVG del D.F. y la problemática que se atiende, se requieren ofrecer servicios de contención emocional para el personal que lleva a cabo las acciones de atención y seguimiento principalmente en el área psicológica.
12. Requiere establecer un equilibrio en los indicadores para el seguimiento y evaluación del Sistema de información del PPAVG, de tal manera que se esté en posibilidades de contar con resultados cuantitativos y cualitativos, para la generación de información orientada a la toma de decisiones para la mejora del programa y que además se conviertan en insumo de evaluación no solo del PPAVG sino de la implementación de políticas públicas y programas sociales del Distrito Federal entre los que el PPAVG forma parte. Para esto se recomienda que los

programas se diseñe y se evalúen, interna y externamente bajo una misma metodología, en los momentos de diseño, consistencia y resultados, de desempeño y de sus procesos.

VII. Bibliografía/ Referencias

ABARCA PANIAGUA, H. (2000). "Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad". En Gogna, M. (comp.) *Feminidades y masculinidades: Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

AGUILAR VILLANUEVA, Luis F., (2010). "Introducción". En Aguilar, Luis F. (comp.) *Política Pública, Biblioteca Básica de Administración Pública*. México: EAPDF-Siglo XXI Editores.

ALBERT GOMEZ, María J. (2007). *La investigación educativa*. España: Mcgraw-Hill / Interamericana.

ALDUATE, Eduardo y Julio CÓRDOBA (2001). *Formulación de programas con la metodología de marco lógico*, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Chile: CEPAL.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (1996). *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar*, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación el 9 de julio de 1996.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (2000). *Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal*. México: Publicada en Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 86.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (2006a). *Lineamientos Generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal*. Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito

Federal 15 de noviembre del 2006. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL.
Recuperado de cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r13911.doc.IN.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (2006b). Reglamento de la Ley de Desarrollo Social. Publicada 1 de noviembre de 2006. México. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF, IV LEGISLATURA (2007). Ley de Igualdad Sustantiva entre mujeres y hombres del Distrito Federal. México: Publicada en Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 82. Recuperado de:
http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/ley_de_igualdad_sustantiva_entre_mujeres_y_hombre.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (2008). Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. México: Publicada en Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 263.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL ALDF (2009). Guía para la elaboración de reglas de operación de los programas sociales sujetos a su aplicación en su capítulo 4000. Publicada 29 de enero del 2009 Gaceta Oficial Del Distrito Federal. Recuperado de <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/1995.pdf>.

AYUNTAMIENTO DE GRANADA (2002). Programa municipal contra la violencia de género. España: ww.granada.org.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (1986). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. México: DOF. Última Reforma publicada DOF 24-03-2014.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (1987). Ley de Salud para el Distrito Federal. México: DOF. Última Reforma publicada GODF 01-10-2008.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (2006). Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Última reforma publicada México: DOF 14-11-2013.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Publicado en el DOF el 1 de febrero de 2007.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (2008). Reglamento de la Ley General de acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: DOF.

CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN CDHCU (2012). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: DOF.

CASTAÑEDA, Marina (2007). El machismo invisible (2ª ed.). México: Taurus.

CEJA MENA, Concepción (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza, *Geo Crítica Scripta Nova*. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona, Vol. VIII, núm. 176, p. 1.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (s/f). Programas de Acción, Prevención Atención a la Violencia. Recuperado en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/prevencionViolencia/Prevencion_atencion_violencia.html.

COHEN, Ernesto y Rodrigo MARTÍNEZ (s/f). Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Chile: CEPAL.

COHEN, Ernesto Y Rolando FRANCO (2000). Evaluación de proyectos sociales. México. Siglo XXI editores.

CONEVAL (2004). Ley General de Desarrollo Social. Recuperado en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/1699.pdf.

CONEVAL (2014). LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL. Recuperado en: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/Normatividad/LeyGeneral.aspx>.

CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL EVALUA (2009). Análisis sobre la elaboración de 420 reglas de operación de programas sociales del gobierno central del D.F. y de las 16 delegaciones. Recuperado de http://www.evalua.df.gob.mx/files/info/2009/analisis_2009.pdf.

CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL EVALUA (2012). Informe del Estado del Desarrollo Social en el Distrito Federal. Desarrollo Social, derechos humanos, ciudadanía y cohesión social. México: EVALUA DF.

CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL EVALUA (2015). Guía metodológica para la elaboración de reglas de operación de programas sociales del Distrito Federal 2015. Recuperado de http://www.evalua.df.gob.mx/files/pdfs_sueltos/GMLROPS2015.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL CONEVAL (S/F). Derechos Sociales. Recuperado de: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/derechos_basicos.aspx.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ Y SU ESTATUTO DE MECANISMO Y SEGUIMIENTO (2008). Secretaría de Relaciones Exteriores : UNIFEM : PNUD, 2008. Texto en español e inglés. Segunda reimpresión de la 1ª edición. México.

CORBIN, J. y STRAUSS, A. (2002). Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

CRESPO, José Antonio (2006). Para entender el Estado. México: Nostra.

DE BEAUVOIR, Simone (1997). El segundo sexo. Buenos Aires: Siglo XX.

DI VIRGILIO, Mercedes Y Romina SOLANO (2012). Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

ESCALANTE FERRER, Ana Esther (2012). Reporte de Resultados en el Seminario Nacional Aplicación Práctica de Cinco Protocolos de Actuación en Materia de Violencia de Género contra las Mujeres: Implementación y Resultados, México, D.F.

ESCALANTE FERRER, Ana Esther Y César Darío FONSECA BAUTISTA (2013). “La Reforma Integral de la Educación Media Superior. Una Política Pública Parcial para la Juventud” en: Políticas Públicas. Entre la Teoría y la Práctica. México: Fontamara-UAEM.

FULLER, N. (1997). "Fronteras y retos: varones de clase media del Perú". En Valdés, T. y Olavarría, J. (eds.) Masculinidad/es. Poder y Crisis. Revista Edición de las Mujeres (24). Santiago de Chile: ISIS Internacional/FLACSO-Chile.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA GR (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: GR. Recuperado de: <http://pnd.gob.mx/>.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2004). Manual de procedimientos para la atención integral de la Violencia de Género en la Unidades Médicas de la S.S.D.F. México: Secretaría de Salud.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2010a). Programa de Reinserción Social para mujeres Egresadas de Refugios y Albergues de la Ciudad de México. MÉXICO: Secretaría de Desarrollo Social Gobierno del Distrito Federal. Recuperado de: http://www.sds.df.gob.mx/sds_programa_reinsersion_social.php.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2010b). Programa del Seguro Contra la Violencia Familiar. MÉXICO: Secretaría de Desarrollo Social Gobierno del Distrito Federal. Recuperado de: http://www.sds.df.gob.mx/sds_programa_seguro_violencia.php.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2010c). Programa General De Igualdad De Oportunidades Y No Discriminación Hacia Las Mujeres De La Ciudad De México. México: Publicado En La Gaceta Oficial Del Distrito Federal El 8 De Marzo Del 2010. Recuperado de: <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/2793.pdf>.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2013). Guía metodológica para el desarrollo de los componentes de los programas derivados del PGDDF 2013-2018. México. Recuperado

de:

[http://www.cgma.df.gob.mx/work/sites/cgma/resources/PDFContent/242/GMetP
rogderPGDDF.pdf](http://www.cgma.df.gob.mx/work/sites/cgma/resources/PDFContent/242/GMetP
rogderPGDDF.pdf).

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2014a). Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018. México: Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 1689.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2014b). Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión 2013-2018. México: Publicada en Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 1969.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL GDF (2014c). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Publicada en Gaceta Oficial del Distrito Federal No 1973 Bis.

GOETZ, J.P. y LECOMPTE M. D. (1984). Etnografía y diseño cualitativo investigación educativa, Madrid: Morata.

IBARRA URIBE, Luz Marina, César Darío FONSECA BAUTISTA y Ana Esther ESCALANTE FERRER (2014). “Docentes de bachillerato. Problemas y retos para su formación en el marco de la RIEMS” en: Investigación educativa y Políticas Públicas. Inclusión con responsabilidad, reformas educativas y profesionalización del docente. Tomo III Patricia Ramírez (director de Colección). México: Universidad de Nayarit.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS IJ (2011). Aplicación práctica de los Modelos de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres (2ª Edición). México: CONACYT-UNAM.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS IJJ (2012). Aplicación práctica de los Modelos de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres (2ª Edición, revisada, integrada y aumentada). México: CONACYT-UNAM.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS IJJ (s/f). LOS DERECHOS SOCIALES EN EL CONSTITUCIONALISMO DEMOCRÁTICO, Revista jurídica Boletín de Derecho Comparado, No. 92. México: UNAM.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTIA GEOGRAFIA E INFORMATICA INEGI (2000). Violencia intrafamiliar. Encuesta 1999. Documento metodológico y resultado, México: INEGI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTIA GEOGRAFIA E INFORMATICA INEGI (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en Estados Unidos Mexicanos: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES INMUJERES (2011). Modelo de atención de la violencia de género. Recuperado en: www.vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES INMUJERES (2002). Memoria del Coloquio nacional para el análisis de la aplicación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW: México.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES INMUJERES (2008). Guía metodológica para la sensibilización en género: una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública. En Violencia contra las mujeres: un obstáculo crítico para la igualdad de género. Vol. 4. México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100975.pdf.

KIMMEL, M. (1997). "Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina". En VALDES, T. y OLAVARRIA. J. (eds.) Masculinidad/es. Poder y Crisis. Revista Edición de las Mujeres (24). Santiago de Chile: ISIS Internacional/FLACSO-Chile.

MAINGNON, Thais (2004). Política social en Venezuela 1999-2003. Venezuela: Cuadernos del CENDES, Año 21, No. 55, Tercera Época, enero-abril 2004, PP. 48-49.

MERCADER, Patricia (1997). La ilusión transexual. Buenos Aires: Visión.

NORIEGA CANTÚ, Alfonso (1988). "El nacimiento de los derechos sociales". En: El constitucionalismo en las postrimerías del siglo XX. La Constitución Mexicana 70 años después. Tomo V. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

OAKLEY, A. (1977). La mujer discriminada: biología y sociedad. Madrid: Debate.

OLAIZ Gustavo, Blanca RICO y Aurora DEL RÍO (coords.) (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA UNESCO (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. publicado por la Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago). Santiago, Chile. Recuperado en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS OEA (1998). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). Recuperado en:
<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS OEA (2002). La trata de personas: aspectos básicos. Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos, Organización Internacional para las Migraciones, Instituto Nacional de Migración, Instituto Nacional de las Mujeres. México: OEA.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS OEA (2012). Respuesta al Cuestionario/ Informe de País/ Observaciones de la Autoridad Nacional Competente (ANC). Mecanismo de Seguimiento, Convención Belém Do Pará (MESECVI). Cuarta Conferencia de Estados Parte, 16 de abril de 2012, Washington D.C OEA/Ser.L/II.7.10, MESECVI-IV/Doc.83/12, 26 Marzo 2012.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS OEA (2014). Mecanismo de seguimiento de la Convención Belem do Pará (MESECVI). Plan estratégico del MESECVI 2014-2017(proyecto) Primera conferencia extraordinaria de los Estados parte de la Convención de Belém do Pará. OEA/Ser.L/II.7.10, MESECVI/I-CE/doc.4/14.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud, Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS (2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Recuperado en:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/.

ONU MUJERES (s/f). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Recuperado en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#sthash.RasylobO.dpuf>.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS ONU (1994). Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: ONU. Recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/SRWomen/Pages/SRWomenIndex.aspx>.

ORTEGÓN, Edgar, Juan Francisco PACHECO y Adriana PRIETO (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Chile: CEPAL.

PEREA, Arias Óscar D. Coordinador. (2003). Plan estratégico del tercer sector de acción social. Guía de evaluación de programas y proyectos sociales. Madrid. Plataforma de ONG de Acción Social.

PISARELLO, Gerardo (1998). “Los derechos sociales en el constitucionalismo democrático”. En Boletín mexicano de derecho comparado, Número 92 mayo - Agosto 1998.

PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (1998). (Protocolo de San Salvador) publicado en el Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 21 de febrero de 2010 en: [http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/II-B-3_PROTOCOLO_ADICIONAL_A_LA_CONVENCION_AMERICANA_SOBRE_DERS-_HUMANOS_EN_MATERIA_DE_DERS-_ECON-_SOC-_Y_CULTURALES.pdf](http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/II-B-3_PROTOCOLO_ADICIONAL_A_LA_CONVENCION_AMERICANA SOBRE_DERS-_HUMANOS_EN_MATERIA_DE_DERS-_ECON-_SOC-_Y_CULTURALES.pdf).

RAMÍREZ, Karla y Carlos ECHARRI (1998). Mapeo de Procesos de atención y construcción de indicadores sobre casos de indicadores de violencia contra las mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres. Nueva Serie Año XXXI recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/92/art/art7.htm>.

RESPUESTA AL CUESTIONARIO/ INFORME DE PAÍS/ OBSERVACIONES DE LA AUTORIDAD NACIONAL COMPETENTE (ANC) (2012). Mecanismo de Seguimiento, Convención Belém Do Pará (MESECVI). Cuarta Conferencia de Estados Parte. Washington D.C OEA/Ser.L/II.7.10, MESECVI-IV/Doc.83/12, 26 Marzo 2012, Original: Textual.

RUBIN, G. (1986, noviembre). "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". Revista Nueva Antropología, 8 (30).

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL SEDESOL (2013). Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. México: SEDESOL. Recuperado de: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/DocumentosOficiales/Programa_Sectorial_Desarrollo_Social_2013_2018.pdf

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN SEGOB (1981). Convención Americana sobre Derechos Humanos ("Pacto de San José Costa Rica"). Recuperado en: <https://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosConvencion/PAG0259.pdf>.

SECRETARIA DE GOBERNACIÓN SEGOB (2014a). Catálogo de Programas Federales 2014. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Edición 2014. Recuperado en: http://www.inafed.gob.mx/work/models/inafed/Resource/240/1/images/Catalogo_de_Programas_Federales_2014.pdf.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN SEGOB (2014b). Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018. México: DOF. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343064&fecha=30/04/2014.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN SEGOB (2014c). Programa Nacional para la Igualdad y la no Discriminación 2014-2018. México. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343069&fecha=30/04/2014.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (S/F). Instructivo de llenado de Formato de Informe General de Avances 2014-2018. México: SS.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2004). Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2008). Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y atención de la violencia familiar y de género. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/21._pavfg.pdf.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2009a). Encuesta Nacional sobre violencia contra las Mujeres 2006 ENVIM. México: SA. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2009b). NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. México: Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: SS.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2014a). Evaluación del costo-efectividad de tres modelos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género en el Distrito Federal. Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial. Programa de Prevención y Atención de la Violencia Género. México: SS.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2014b). Guía de Intervención Psicológica con mujeres en situación de violencia de género: México: SS.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2014c). Sistema de Información en Salud. México: Secretaría de Salud. Recuperado en: <http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/>.

SECRETARÍA DE SALUD SSA (2014d). Programa de prevención y atención de la violencia de género. México: SS.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2007). Programa de acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos de la secretaría de salud del distrito federal que carecen de atención social y laboral. Publicado el 31 de enero 2007 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. Recuperado de: <http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=83>.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2011). Manual de procedimientos del médico legista en coordinaciones territoriales, ministerios públicos y juzgados cívicos. México. Recuperado de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f01/Procedimientos%20Medico%20Legista.pdf.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2013a). Lineamientos y Reglas de operación de los Programas Sociales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2013. Programa de prevención y atención de la violencia de género. Lineamientos y Mecanismos de Operación de los Programas Sociales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2012. México: Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 1279 Tomo III, el 31 de enero del 2012.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2013b). Programa de prevención y atención de la violencia de género. México: Secretaría de Salud del Distrito Federal. (Manuscrito)

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDEESA (2014a). 3. Formato de Informe Mensual. México: SEDESA. (Documento Excel.)

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014b). Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer. México: SEDESA.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014c). Guía para la detección y atención de la violencia en las personas adultas mayores. México: SEDESA.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014d). Guía para la intervención psicológica con mujeres en situación de violencia de género. México: SEDESA.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014e). Manual Pláticas Servicios: Informe de indicadores. (Documento Excel).

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014f). Programa de prevención y atención de la violencia de género (documento-programa, manuscrito). México: Secretaría de Salud del Distrito Federal.

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL SEDESA (2014g). Reglas de Operación del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género para el Ejercicio 2014. México: Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 1788.

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES SRE (2008). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención de Belém do Pará y su Estatuto de Mecanismo y Seguimiento. México: SRE.

SEN, A. (1999). El futuro del Estado de Bienestar. Conferencia pronunciada en el Círculo de Economía de Barcelona. Recuperado en: <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/amartya.htm>.

STRAUSS, A. (1987). Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge, Reino Unido: University of Cambridge Press.

STROMQUIST, N. (ed.) (2006). La construcción del género en las políticas públicas. Perspectivas comparadas desde América Latina. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

TRINIDAD, A., CARRERO, V., y SORIANO R., (2006). Teoría Fundamentada “Grounden Theory”, Cuadernos metodológicos 37, Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.

VITERI DÍAZ, Galo (2007). Política Social: elementos para su discusión, Edición electrónica gratuita. Recuperado en: www.eumed.net/libros/2007b/297/.

IX. Colofón

Es menester presentar dos aclaraciones pertinentes sobre este documento:

1. El texto no se redacta con el denominado lenguaje incluyente, debido a que se recupera información de variados textos e instrumentos en los cuales es necesario respetar la presentación de los mismos, situación que por estilo se mantiene en los párrafos correspondientes.
2. La segunda consideración a los lectores es el uso de textos que si bien están citados en la bibliografía y las referencias no en todos los casos aparece la citación en el espacio inmediato del documento en mención. En este informe reconocemos que un buen porcentaje de lo contenido en él, son los aportes de los documentos oficiales y de los autores y autoras que han trabajado exhaustivamente el tema problema que hemos evaluado.