



Intersticios sociales

ISSN: 2007-4964

El Colegio de Jalisco, A.C.

Escalante Ferrer, Ana Esther
Atención de la violencia de género en la Ciudad de México: política social en proceso
Intersticios sociales, núm. 18, 2019, pp. 247-268
El Colegio de Jalisco, A.C.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421762161009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Resumen del artículo

Atención de la violencia de género en la Ciudad de México: política social en proceso

Attending to gender violence in Mexico City: social politics in process

Ana Esther Escalante Ferrer

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, SNI I, México.

Correo: anaescalante7@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0003-2005-3436>

Doctora en Educación por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

Recibido: 8 de enero de 2018

Aceptado: 10 de octubre de 2018

Resumen

El artículo presenta los resultados de una investigación sobre la evaluación del Programa para la Prevención y Atención a la Violencia de Género, mismo que opera desde hace 15 años en la Ciudad de México, hasta febrero de 2016 llamada Distrito Federal. La metodología empleada, gracias al apoyo del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALUA), consistió en la revisión documental del programa, sus reglas de operación¹ y la normativa disponible para la política social de la Ciudad de México, así como datos recabados en unidades médicas dependientes de la Secretaría de Salud a través de diversos instrumentos a responsables de Servicios Especializados para la Atención de la Violencia de Género y a responsables del programa, todo ello analizado bajo la metodología de marco lógico. El objetivo de este artículo es analizar los avances, las inconsistencias y los puntos débiles que en el combate a la violencia en contra de las mujeres intenta la autoridad gubernamental, ante un problema que sigue en proceso de visibilización.

1 José Arturo Cerón Vargas (coord.), “Guía metodológica para la elaboración de reglas de operación de programas sociales del Distrito Federal 2015”, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (EVALUA CDMX), disponible en http://data.evalua.cdmx.gob.mx/files/pdfs_sueltos/GMLROPS2015.pdf (fecha de acceso: 20 de julio de 2014).



Palabras clave:

violencia, mujeres, política social.

Abstract

The article presents the results of research that evaluated the Program for Prevention and Attention to Gender Violence that has been operating for 12 years in what is now Mexico City (the former Federal District). The methodology applied, thanks to the generous support of the Council for the Evaluation of Social Development, included reviewing the program's documents and operating rules and regulations, which are available as part of Mexico City's social policy. Other data were collected in medical clinics and hospitals that function as agencies of the Ministry of Health through various action initiatives and the personnel responsible for Specialized Care Services for Gender Violence and those who provide medical attention in clinics associated with the program. Information was analyzed using logical framework methodology. The ultimate goal of the paper is to examine the inconsistencies and weak points of the government's program to combat violence against women, a problem still in the process of gaining greater visibility.

Keywords:

violence, women, social policy.

Introducción

La información oficial en nuestro país sobre la violencia de género² emanada principalmente de las Encuestas Nacionales sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)³ 2006, 2011 y 2016, muestra la magnitud de un problema⁴ que se requiere atender desde varios frentes, particularmente en el campo de la salud donde se hace más visible el efecto de dicha violencia, es pertinente analizar el esfuerzo de un programa de atención a la violencia de género y es este el objetivo del presente artículo.

La política social⁵ de la Ciudad de México está plasmada principalmente en la Ley de Desarrollo Social para la Ciudad de México y da soporte a diversos programas que se han establecido y que protegen y promueven derechos sociales, equidad, desarrollo humano, derechos humanos, igualdad de género, así como la participación ciudadana. Dentro de esta política social, también se cuenta con la Ley de Salud para la Ciudad de México, en ella se trabaja un programa con enfoque social y de atención a la violencia de género denominado Programa para la Prevención y Atención a la Violencia de Género (PPAVG), el cual fue implementado por el entonces Gobierno del Distrito Federal (GDF) desde el año 2003, primero como “plan estratégico”⁶ y desde 2012 como “programa social”,⁷ siempre a través de la Secretaría de Salud de la hoy Ciudad de México (SEDESA) y las unidades médicas que la componen.

Para lograr el objetivo de este artículo se analiza la estructura del programa, su operatividad, los logros y debilidades relacionados con su aplicación, a partir de la oportunidad de realizar una evaluación externa del diseño de dicho programa en el año 2014, por encargo del EVALUA a la autora de este texto.⁸

En materia de atención a la problemática de violencia contra las mujeres y de género la plataforma conceptual se basa en los tratados internacionales:

2 Debido a la connotación sociológica y a la idea de que el término género se reduce a una cuestión de roles impuesta por la sociedad, la política social que se analiza muestra el sesgo de atender la violencia de género como un tema que afecta solo a las mujeres, posición con la que si bien no concordamos es la posibilidad de la discusión en torno a las inequidades en las relaciones entre hombres y mujeres.

3 INEGI, Encuesta nacional sobre la dinámica sobre las relaciones en los hogares 2011 ENDIREH, disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2011/doc/ENDIREH11_Informe_Operativo.pdf (fecha de acceso: 5 de julio de 2014); INEGI, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 ENDIREH, en disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/2016/> (fecha de acceso: 9 de septiembre de 2018).

4 Los datos de la encuesta 2011 reportan que 44.85 % de las mujeres casadas o unidas al momento de la encuesta habían sufrido algún maltrato en su vida conyugal, 25.8 % han tenido experiencias de agresiones físicas, 11.7 % abuso sexual y 89.2 % violencia psicológica. De ellas solo 9.3 % pidieron ayuda o denunciaron ante la autoridad la situación vivida. Para el 2016

estos datos se han incrementado; algún maltrato 66.1 %, violencia física 34 %, violencia sexual 41.3 % y ha disminuido la violencia psicológica a un 49 %.

- 5 En este texto se comparte la propuesta de Marshall de que la política social es el uso del poder político para sustituir situaciones que el modelo económico no permite alcanzar, en este sentido la atención a la violencia de género es un fenómeno que no se rige por las condiciones del mercado y que requiere de la intervención del gobierno para su detección, atención y posible erradicación, el aporte de este artículo comunica la evaluación de los resultados de una política social. Thomas Humphrey Marshall, *Social Policy in the Twentieth Century* (Londres: Hutchinson, 1975), 11.
- 6 El plan estratégico es un programa de actuación que consiste en aclarar lo que pretendemos conseguir y cómo nos proponemos conseguirlo. Esta programación se plasma en un documento de consenso donde concretamos las grandes decisiones que van a orientar nuestra marcha hacia la gestión excelente. Itziar Lecea, “Guía de Calidad”, disponible en <http://www.guiadelacalidad.com/modelo-efqm/plan-estrategico-2018> (fecha de acceso: 11 de abril de 2018).
- 7 De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) los programas sociales deben permitir la conciliación de políticas de apoyo a la formación de capital humano y social (desarrollo de capacidades), políticas de

Convención de Belém do Pará⁹ (2008) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) que orientan el marco legislativo federal y local. Dentro del dicho marco se han instrumentado a nivel Federal tres normativas articuladoras de los derechos humanos y sociales de las mujeres y de los compromisos internacionales que el gobierno mexicano ha signado, los cuales son: la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres¹⁰ (CDHCU); la Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia¹¹ (CDHCU) y en el sector salud la NOM-046-SSA2-2005,¹² Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La normatividad de la Ciudad de México que atiende el tema de violencia en contra de las mujeres emana de la Constitución Política Mexicana, la cual, en su artículo primero, reconoce la obligatoriedad de la observancia de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. En el caso de la Ciudad de México, en materia de prevención y atención de la violencia familiar y de género, desde abril de 1996 se cuenta con la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, y la Ley y Reglamento de Desarrollo Social de Distrito Federal (LDSDF), Posteriores a esta ley se publicaron tres leyes relativas a la igualdad y a la atención de la violencia.

La normatividad de la Ciudad de México en relación al tema de la violencia, que es el eje articulador del programa que se investigó, muestra que hay una armonización consistente y una preocupación común porque cada instrumento mantenga una identidad y aporte a una solución de conjunto. Es así que la política social de la CDMX orienta la demanda de la sociedad y legitima estos Derechos Sociales que están consignados en declaraciones, pactos y documentos internacionales, nacionales y de la propia Ciudad de México¹³ y son los que sirven de base al PPAVG.

Evaluación de un programa de atención de la violencia de género

Metodología

Para realizar esta investigación se contó con información proporcionada por la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la 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 de una Evaluación Externa al Diseño del PPAVG. 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.

El abordaje metodológico de lo que se presenta en este artículo es cualitativo y cuantitativo. De acuerdo con Albert,¹⁴ el enfoque cuantitativo se basa en el positivismo lógico con una perspectiva hipotética deductiva, con datos sólidos. Utiliza la correlación y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación con miras a establecer patrones de comportamiento en una población. El enfoque cualitativo, por su parte, 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. A este enfoque se le llama holístico porque considera el todo y no la reducción a alguna de las partes.

En esta evaluación del diseño del PPAVG la metodología cuantitativa se objetiva a través del análisis documental y parte del trabajo de campo, mediante la elaboración de matrices y concentrados de información y la aplicación de cédulas de recolección de información que dan cuenta de los resultados numéricos que ha tenido el programa en las unidades médicas en las

ampliación del acceso a empleo de calidad (expansión de oportunidades) y políticas asistenciales a corto plazo destinadas a proteger a la población vulnerable de situaciones adversas de carácter transitorio o estructural, situaciones que son cada vez más relevantes dado el contexto económico de la región (CEPAL, 149). Durante los años ochenta y parte de los años noventa, en la mayoría de los países de la región los programas sociales se entendieron básicamente como políticas compensatorias focalizadas en los más pobres, lo que impidió reestructurar la política social en forma integrada (CEPAL, 154). CEPAL, La protección social de cara al futuro: acceso y financiamiento y solidaridad (Montevideo: CEPAL, 2006), disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/2806> (fecha de acceso: 15 de septiembre de 2014).

8 Esta investigación se realizó con la colaboración de un equipo constituido por profesoras y orientadoras educativas de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, así como con asistentes de investigación egresados de la misma institución. Hago un especial reconocimiento a la Dra. Isabel Gómez Morales por su participación en la construcción de la Metodología de Marco Lógico y a la Mtra. Patricia Rodríguez Quintal por su participación en el trabajo de campo y la interpretación de la información.

9 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: Secretaría de Relaciones Exteriores/UNIFEM/ PNUD, 2007), disponible en <https://www.uv.mx/ceguv/files/2012/04/BelemDoPara.pdf> (fecha de acceso: 15 de septiembre de 2014).
- 10 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres”, Diario Oficial de la Federación, 14 de noviembre de 2013, última reforma publicada.
- 11 Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, Diario Oficial de la Federación, 1 de febrero de 2007.
- 12 Secretaría de Salud (SSA), NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.
- 13 Los documentos rectores de estas afirmaciones son: Declaración Universal de los Derechos Humanos, ‘Protocolo de San Salvador’ sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Desarrollo Social del D.F. (LDSDF) y la Ley de Salud del Distrito Federal (LSDF).
- 14 María J. Albert Gómez, *La investigación educativa* (España: McGraw-Hill/Interamericana, 2007), 15.

alcaldías –antes llamadas delegaciones– de la Ciudad de México, tomando en cuenta que estuvieran representados hospitales generales, pediátricos, materno-infantiles y centros de salud, así como las alcaldías que cuentan con mayor densidad de población en la CDMX. La metodología cualitativa se orientó por un enfoque interpretativo hermenéutico, utilizó como herramientas para su acopio entrevistas semiestructuradas, ya que como se describe en el párrafo anterior, su propósito consiste en reconstruir la realidad como la observan los actores.

La normatividad internacional, nacional y local, así como para los instrumentos de planeación nacional, sectorial y local se concentraron en matrices de información elaborados ad hoc tomando en cuenta el enfoque de planeación utilizado en el documento sujeto de revisión. Esta información tomó en cuenta la vigencia 2013-2018 de los acuerdos, leyes y reglamentos, así como los períodos actuales de los Gobiernos Federal y de la CDMX.

Las entrevistas se realizaron durante el periodo noviembre y diciembre del 2014 con 17 informantes clave, integrados por: un Asesor de la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la SEDESA, como responsable de la operación del PPAVG en la Ciudad de México; 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.

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-pro-

grama disponible 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 y; 5) datos de la coordinación institucional e intersectorial.

Para la sistematización de información se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.

El trabajo de gabinete se orientó al análisis de la información, se realizaron sesiones en las que el equipo de trabajo contratado para la investigación dialogó 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 la Ciudad de México.

Se identificaron los principales resultados en términos de eficiencia y eficacia¹⁵ para el cumplimiento de los objetivos y principios de la política social de la Ciudad de México. 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.

En síntesis, esta investigación evalúa la política social de una ciudad en torno a un tema difícil de aprehender con la concatenación de diversos documentos y datos empíricos, se revisó el marco legislativo en relación a la violencia de género, asimismo se analizó el diseño del programa y se compiló información cuantitativa y cualitativa de la operatividad del programa con los responsables del mismo en unidades médicas que ofrecen el servicio de atención a la violencia en contra de las mujeres, este última información es un privilegio de este trabajo, habida cuenta de las habituales limitaciones para el ingreso a las unidades médicas donde se lleva a cabo el programa, lo que permitió la aplicación de la metodología de marco lógico como vía de análisis.

La Metodología de Marco Lógico (MML),¹⁶ se elaboró con el resumen narrativo, en el cual se recuperaron, del documento-programa 2014 los

- 15 La SEDESA evalúa los resultados del programa a partir de: la distribución de materiales de promoción y difusión de la equidad de género en salud y de prevención de la violencia de género, otorgar pláticas preventivas sobre violencia de género, capacitar y actualizar al personal de salud en materia de equidad de género y para la detección y atención oportuna de la violencia de género, realizar acciones para la prevención y atención de la violencia laboral y acoso sexual entre trabajadores de la SEDESA, otorgar atenciones a personas por lesiones o padecimientos producto de la violencia de género, otorgar sesiones de psicoterapia individual o de grupo a víctimas de violencia de género y detectar víctimas de violencia de género.

- 16 Eduardo Aldunate, y Julio Córdoba, *Formulación de programas con la metodología de marco lógico* (Chile: ILPES, CEPAL, 2001), disponible en https://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/0/43220/SM_N68_Formulacion_prog_metodologia_ML.pdf (fecha de acceso: 15 de septiembre de 2014); Edgar Ortegón, Juan Francisco Pacheco y Adriana Prieto, *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas* (Chile: ILPES, CEPAL, 2005), disponible en https://repositorio.cepal.org/bits-tream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf (fecha de acceso: 15 de septiembre de 2014).

fines, propósitos, componentes y actividades del programa así como los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos para contrastarlos con la normativa sobre atención a la violencia de género y determinar su funcionamiento ideal.

El programa

Para evaluar el programa a partir de su diseño e identificar sus principales características se tomó en cuenta el documento-programa 2014. Solo se incorporó con fines de conocimiento y complementariedad información del programa 2013 y las reglas de operación 2014¹⁷ aún y cuando no son homogéneos en su estructura y contenido, ya que en el documento-programa no había información sobre ciertos aspectos que se localizaron en el trabajo de campo.

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 de un año, que ha estado en operación por 15 años, los primeros ocho años como un plan estratégico y el resto como programa social.

Es un documento elaborado mediante la metodología de planeación estratégica con un 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 de la Ciudad de México para la elaboración de este tipo de instrumentos de planeación.

Con relación al modelo de atención, este 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 SEDESA y sus aportaciones en la erradicación del problema que se pretende atender.

17 SEDESA, “Reglas de Operación del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género para el Ejercicio 2014”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, núm. 1788, 30 de enero de 2014.

El modelo de atención versa 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,¹⁸ actividad que sí se considera en el PPAVG. El sistema de salud ha logrado integrar dentro del PPAVG la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

La operatividad del programa

La operatividad del programa se lleva a cabo a partir de diversas guías, una de ellas es la Guía para la Detección y Atención de la Violencia en la Mujer¹⁹ cuyo objetivo general es:

Proporcionar al personal y equipos de salud de prevención y atención a la violencia de género de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, los elementos teóricos y herramientas metodológicas básicas, para realizar acciones específicas y oportunas de promoción, prevención y atención integral, a mujeres en situación de violencia de género que acuden a solicitar atención médica.

Los resultados empíricos del programa

Análisis 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 que el PPAVG demanda, se realizaron visitas a unidades médicas para la aplicación de los instrumentos diseñados.²⁰ A continuación, se presenta la descripción de los hallazgos en una triangulación de dos aproximaciones complementarias para esta evalua-

18 SEGOB, “Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018”, Diario Oficial de la Federación, 30 de abril de 2014, disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343064&fecha=30/04/2014 (fecha de acceso: 13 de agosto de 2014).

19 SEDESA, Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer (México: SEDESA, 2014).

20 Debido a la orientación interpretativa-hermenéutica de este trabajo, la descripción de los hallazgos integra la mirada del investigador, así como de los datos vertidos por los informantes, de esta manera se integra la información y se respeta la confidencialidad de quienes compartieron información valiosa para esta investigación.

ción: cuantitativa y cualitativa. De las diez UM que se visitaron en ocho alcaldías de la Ciudad de México, cuatro son hospitales generales, un materno infantil, tres pediátricos y dos centros de salud (jurisdicciones sanitarias); por lo que se obtuvo información de dos niveles de atención.

Como se mencionó en la metodología, con la intención de escuchar las voces del personal operativo del programa y de los responsables del mismo en las unidades médicas, se aplicaron instrumentos que indagan categorías similares y la descripción de los datos se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Resultados de los instrumentos aplicados

	Instrumento aplicado a responsables de los Servicios Especializados para la Prevención y Atención de la Violencia de Género (SEPAVIGE)	Instrumento aplicado a responsables del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género
Respondieron el instrumento	Nueve responsables del SEPAVIGE proporcionaron información, todas tienen contratación como psicólogas y el dato faltante es de una unidad médica que, pese a que se realizaron dos visitas, no se contactó a la responsable.	Cuatro Trabajadoras Sociales, un director de UM, un médico adscrito al programa, dos psicólogas responsables de SEPAVIGE y de PPAVG y, una supervisora de enfermería.
Datos sociodemográficos de los/las entrevistadas	La media de edad de las entrevistadas al momento de la encuesta era de 30 años, con una desviación estándar de 2.31, lo cual significa que las profesionales clínicas tenían menos de ocho años de haber concluido sus estudios de licenciatura. 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 recordar solo la NOM 046-SSA2-2005 y dos refieren a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal.	La media de edad de los entrevistados es 43 años, 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.
Conocimiento del programa	Todas las respondientes afirman saber de la existencia del PPAVG	La mayoría* de responsables de SEPAVIGE, afirman saber de la existencia del PPAVG
Conocimiento de la estructura del programa	Ocho conocen lo que en el documento-programa se denominan componentes 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 del mismo. Las acciones que se realizan en el PPAVG son: promoción y difusión, prevención, detección, atención médica y psicológica	La mayoría conoce la estructura del programa. Sobre las actividades del programa reconocen las de: prevención y prestación de servicios de salud; capacitación, educación continua, y coordinación institucional-intersectorial. De las acciones que se realizan desde el PPAVG, aseguran que estas son promoción/difusión, prevención, detección, atención psicológica y finalmente la atención médica.

Conocimiento de los criterios de inclusión de usuarias	<p>Los requisitos para que las usuarias reciban atención, seis afirman que sí existen, entre estos reconocen que la usuaria debe ser mayor de 18 años, haber vivido en condición de violencia, no estar en tratamiento psiquiátrico. Tres aseguran que no hay requisitos. 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.</p>	<p>Coinciden con las respuestas de las responsables de SEPAVIGE en que el trabajo en terapia grupal se ofrece a todas las mujeres mayores de 18 años que refieran estar en situación de violencia, salvo aquellas que están dentro de los criterios de exclusión, como: presentar evidencia de enfermedad o medicación psiquiátrica, ser usuaria habitual de drogas o mostrar signos de depresión severa.</p>
Cobertura del programa	<p>En cuanto a la cobertura de atención de la población con posibilidades de requerir el servicio, mediante las 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, rango demasiado amplio y sin sustento del seguimiento de estos datos.</p>	<p>Los responsables de programa no respondieron a este cuestionamiento</p>
Asignación de responsabilidades para el funcionamiento del programa	<p>De los datos en cuanto a la definición de funciones y responsabilidades para la ejecución de las acciones del programa, ocho dicen tenerlas definidas y una contesta no conocerla; de las ocho que sí 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 contraria a la posibilidad de aplicación de la NOM-046-SSA2-200</p>	<p>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.</p> <p>Casi la mitad no asignan responsabilidad a las áreas médica y jurídica, en cambio le asignan toda la responsabilidad a Trabajo Social y a SEPAVIGE. La observación que confirma la percepción sobre las responsabilidades es que el médico canaliza el caso a SEPAVIGE, no se reconoce que la canalización al servicio es parte de las responsabilidades de la UM en la que opera el programa.</p>
Dominio de los documentos que guían la operación del programa	<p>El personal de SEPAVIGE entrevistado reconoce de manera generalizada, la existencia de manuales** de apoyo para la operatividad, sin embargo, en algunos casos no los tenían físicamente al momento de la entrevista.</p>	<p>Igual 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.</p> <p>Estos entrevistados/as conocen todos los manuales referidos por las responsables de SEPAVIGE y además mencionaron la Ley de Acoso y el Manual de operación de la NOM 046-SSA2-2005.</p>
Sensibilización y capacitación del personal en materia de prevención de la violencia con perspectiva de género y los derechos humanos	<p>Aseguran que se han ofrecido cursos y diplomados, lo cual no necesariamente significa que las responsables del servicio lo tomen. En las entrevistas no se reportaron datos consistentes sobre la frecuencia en que se ofrecen estas actividades.</p> <p>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 el Diplomado institucional en prevención y atención de la violencia de género más de la mitad de las entrevistadas declaró que ya lo había cursado.</p> <p>Los mecanismos de seguimiento del PPAVG, reportan que se realizan evaluaciones internas, encuestas de satisfacción y los reportes generados por los sistemas de información.</p>	<p>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 que declaran 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.***</p>

Aplicación de la Norma NOM-046-SSA2-2005	<p>La percepción de las responsables es que existen dificultades para su aplicación, entre las que destacan la falta de tiempo, falta de capacitación y falta de sensibilización en la detección, con estos elementos se deduce que en ocasiones se omite dar aviso a ministerios públicos.</p>	<p>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, desinterés de los médicos para aplicar dicha norma, consideran también 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.</p>
Dificultades en la implementación del programa	<p>Experimentan dificultades en la capacitación y disponibilidad de recursos humanos. Refieren no tener problema con los recursos materiales, sin embargo, durante la entrevista 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 falta de tiempo, para atender la demanda de usuarias. Asimismo, se enfrentan a la resistencia de otras áreas para atender personas en situación de violencia y también a servidores públicos que no dan prioridad al PPAVG, consideran que en otras áreas se revictimizan a las usuarias, y no se registra adecuadamente información de las atenciones otorgadas.</p>	<p>En su mayoría refieren tener experiencia en la implementación del programa. 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.</p>
Acoso laboral y hostigamiento sexual entre el personal que atiende el programa	<p>Sobre el tema de acoso laboral y hostigamiento sexual entre el personal de las unidades médicas, las/los entrevistados refieren que esto sí 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.</p>	<p>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.</p>
Grado de satisfacción con la implementación del PPAVG	<p>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 la Ciudad de México****. 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.</p>	<p>Manifestan también un grado de aceptación/satisfacción favorable respecto al programa. Sin embargo, reportan dificultades para la implementación del mismo, estas 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. Del seguimiento al programa saben que se realizan evaluaciones internas, encuestas de satisfacción e informes basados en los sistemas de información del programa.</p>

Ver referencias *²¹, **²², ***²³, ****²⁴. Fuente: Elaboración propia con base en instrumentos diseñados para la investigación.

Dos son los temas que se indagaron específicamente con las responsables de SEPAVIGE, uno sobre las particularidades del modelo de atención y otro que, aunque el PPAVG en operación no lo contempla, sí se lleva a cabo y es la atención a agresores.

El modelo de atención

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, estas son referidas a especialidades médicas, a apoyos jurídicos y legales, y a redes de apoyo, entre las cuales mencionaron: Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México (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 de la Ciudad de México. Sin embargo, a partir de los testimonios en las entrevistas se puede observar la inexistencia de vínculos institucionales formales para que se lleven a cabo estas referencias. Algunas UM tienen mecanismos para dar seguimientos a las referencias realizadas para casos que requieren otros tipos de atención, lo cual oficialmente 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. Sin embargo, 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 diez 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 es posible confirmar que se lleven a cabo el número de sesiones que marca el programa ni la duración de las mismas.

A partir de las acciones del componente de prevención del programa, la demanda de atención ha aumentado, debido en parte a que se incremen-

- 21 Debido a que la información se recopiló en una muestra de 17 informantes en este artículo se utiliza el término *mayoría* para indicar que más de la mitad de ellos/ellas se adhirieron a la respuesta mencionada.
- 22 De los manuales que las responsables dicen conocer refieren *Manual de procedimientos para la atención integral de la violencia de género*, *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 el *Manual de especialidad*.
- 23 SSA, NOM-046-SSA2-2005.
- 24 SEDESA, *Guía para la detección y atención de la violencia en la mujer*.

taron notablemente las metas físicas del programa; para 2013 se programó la aplicación de 25,000 detecciones a víctimas de violencia de género y para el 2014 se duplicó la meta física con la aplicación de 50,000 detecciones a víctimas de violencia de género. 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, las usuarias no se comprometen o confían en la intervención psicológica. Para abandonar la terapia son dos los aspectos más recurrentes: la propia conciencia de la problemática les causa temor y la escasez de recursos económicos para trasladarse al servicio.

Como ya se mencionó si bien el PPAVG en operación no contempla la atención a agresores, las entrevistadas lo menciona como parte del 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, estos 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, asimismo no se cuenta con información de los resultados de este servicio.

La información estadística en las unidades médicas

Las personas que proporcionaron información para la Cédula de información estadística fueron²⁵ seis psicólogas responsables de SEPAVIGE, un técnico estadístico, un trabajador social y una trabajadora social responsable del PPAVG. Los entrevistados tienen 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 solo dos encuestados tienen una relación laboral estable y con mayor conocimiento del programa y dos terceras partes de las informantes son mujeres.

25 Los datos estadísticos que fueron proporcionados por una integrante del área de Trabajo Social, se deben a que en dicha unidad médica no existe la figura del responsable de SEPAVIGE y el área de Trabajo Social atiende lo relativo a la violencia de género.

La información estadística disponible en las unidades médicas es escasa y poco constante. No mostraron evidencia de conservar datos sistematizados. Por lo cual, para los fines de este trabajo 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) que es el informe oficial del programa.

De acuerdo con la información proporcionada, la población que asistió a una de las unidades médicas visitadas,²⁶ fueron 952 personas quienes habían recibido pláticas informativas en el transcurso del 2014 y la información de la SEDESA en el Informe Mensual de Avance (IMA) reporta que hubo 678 (de enero a junio), por lo que el dato anualizado daría 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), anualizando nuevamente se obtiene un total de 104, estos datos muestran falta de consistencia entre la información de la UM y la instancia que coordina el programa 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, 2,500 dípticos, 540 historietas, 4 carteles, 50 plumas, 4 camisetas, 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 en un semestre tenemos 5 carteles, no se mencionan 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

26 Se omite el nombre de la unidad para proteger el anonimato del informante.

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 personal sensibilizado y capacitado, se reporta que hubo un total de 113 hombres y mujeres y el IMA reportó 72 personas sensibilizadas y capacitadas, proyectados al año serían 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 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), nuevamente falta de congruencia 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 de acuerdo con datos de 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 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 observables de que en las UM realicen acciones al respecto.

La realización de las visitas, 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 de la Ciudad de México a pesar de que hay condiciones adversas, ya que el per-

sonal muestra conocimiento, disposición, entusiasmo y compromiso que hace posible la atención a las mujeres en situación de violencia.

Con la intersección de los datos empíricos y la revisión de la documentación del programa, sus reglas de operación y la normativa nacional e internacional sobre el tema de la atención a la violencia de género, principalmente orientada a las mujeres, la investigación permitió la elaboración de una matriz con la metodología de marco lógico como se muestra a continuación.

Tabla 2. Matriz de Marco Lógico con la información disponible 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	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarias 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	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención. • Atención. 	NO INDICA	NO INDICA	<ul style="list-style-type: none"> • Detección oportuna de casos de violencia de género. • Usuarias 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas preventivas realizadas. • Materiales de promoción y difusión distribuidos. • Acciones de prevención de acoso laboral realizadas • Acciones de prevención de acoso laboral realizadas. • Entrevistas de información realizadas. 	Informe General de Avance (IGA) (SA:S/F) e Informe Mensual de Avance (IMA) (SEDESA: 2014).*	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarias reconocen que la violencia es un problema que afecta su salud y vida. • Usuarias identifican la importancia de su participación para prevenir la violencia de género. • Usuarias desarrollan y aplican herramientas para prevenir la violencia de género.

Actividades	Prestación de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Personas atendidas por lesiones y padecimientos producto de violencia. Sesiones de psicoterapia otor-gadas. Detección de víctimas de violencia de género realizadas. SEPAVIGE creadas. Contratación de psicólogas realizadas. Contratación de médicas generales realizadas. 	Informe General de Avance (IGA) e Informe Mensual de Avance (IMA).	<ul style="list-style-type: none"> Usuarias asisten a la Unidad Médica en casos de violencia de género. Usuarias aceptan y concluyen su atención integral.
	Sensibilización, capacitación, educación continua e investigación en violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Acciones realizadas de sensibilización y capacitación de profesionales. Diplomado de PAVG impartido. Cursos de capacitación sobre la NOM-046-SSA2-2005, realizadas. 	Informe General de Avance (IGA) e Informe Mensual de Avance (IMA).	Usuarias proporcionan información oportuna y veraz sobre su situación de violencia.
	Sistema de información.		Informe General de Avance (IGA) e Informe Mensual de Avance (IMA).	Se cuenta con información actualizada sobre violencia de género.
	Coordinación institucional e intersectorial.	<ul style="list-style-type: none"> Visitas de supervisión realizadas. Reuniones con responsables del programa realizadas. Sesiones de la Comisión Intersectorial para la PAVG realizadas. 	Informe General de Avance (IGA) e Informe Mensual de Avance (IMA).	Existe coordinación institucional e intersectorial.

27 SEDESA, Formato de Informe Mensual (México: SEDESA, 2014).

Ver referencias: *²⁷. Fuente: Elaboración del equipo de investigación: Resumen del diseño del programa.

Conclusiones

En esta investigación se revisó el marco legislativo en relación a la violencia de género, en el que se observó que el PPAVG no cuenta con un apartado específico de marco normativo, para su evaluación por lo que se tomaron en cuenta las reglas de operación que enlistan la normatividad que rige del PPAVG. En el análisis de los marcos normativos 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 las estructuras de programas y en las prácticas de quienes trabajan en la prevención y atención de la violencia de género.

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, falta de continuidad en la prestación de los servicios incluso el cierre y reapertura de algunos SEPAVIGE. La ausencia en la operación del programa de atender la contención emocional de las personas del servicio especializado a personas en situación de violencia es un elemento a atender para su adecuado logro. También es importante reflexionar sobre la percepción del personal involucrado que refiere revictimización de las afectadas por otras áreas de la UM, la falta de sistematización de la información de los casos atendidos y el hecho de que no se logran lineamientos de los modelos de atención psicológica en cuanto al número de sesiones ni la duración de las mismas lo que afecta el logro del objetivo de esta estrategia.

El diseño del programa 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 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 SEDESA 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, fuentes 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.

Los sistemas de información con que cuenta el PPAVG no reflejan lo que implica la operatividad 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 SEDESA.

Algunos aspectos que requieren especial atención es revisar las condiciones que impiden la integralidad que se propone el PPAVG, así como la aplicación de la Norma NOM-046-SSA2-2005 y en especial dar aviso al Ministerio Público. La anterior situación, de acuerdo con los informantes en parte se debe al temor de que, al aplicar la normativa, pueda haber represalias de los agresores en contra de los servidores públicos.

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.

Tanto la política social en la que se funda este programa, como la política de evaluación de la política social tienen intenciones loables, sin embargo, el aporte de esta investigación es mostrar que hay inconsistencias en la implementación, lo cual se muestra en la brecha entre la normatividad y ejecución; una desarticulación entre las políticas, programas y acciones de desarrollo social en la Ciudad de México; dificultades de sustentabilidad, por la ausencia de requerimientos de mediano y largo plazos para fortalecer la política social, que finalmente redundan en el exiguo logro del Programa para la Prevención y Atención a la Violencia de Género (PPAVG), presentado en este artículo.

En el logro del objetivo de este artículo que es: analizar el esfuerzo de un programa de atención a la violencia de género, que se requiere atender desde varios frentes; se afirma que la SEDESA del GDF ha hecho un trabajo interesante ante una problemática en visibilización por lo que su evaluación más que en cuanto a indicadores numéricos merece su reconocimiento al trabajo de las personas que lo han operado y que han ido propiciando que este asunto emerja y se atienda.

La información revisada del PPAVG de la Ciudad de México. 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 la Ciudad de México entre los que se encuentra el 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 internacionales, las leyes y normatividades nacionales y de la Ciudad de México. Además, por formar parte de la política pública de la CDMX, 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 las y los ciudadanos de la Ciudad de México.

Para lograr la anhelada efectividad se propone la participación consciente de todos los involucrados para que el programa funcione y logre su fin que es contribuir a contar con una sociedad libre de violencia:

Tabla 3. Funcionamiento ideal del programa y su modelo de atención

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 del equipo que realizó la investigación de carácter ilustrativo sobre la relación causa-efecto en el modelo de atención del diseño del programa.