



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
EN EL PROGRAMA DE PREVENCION Y ATENCION
A LA VIOLENCIA DE GENERO DE LA SECRETARIA
DE SALUD DEL D.F.

TRABAJO RECEPCIONAL
INFORME DE SISTEMATIZACION
DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
DALIA LUCIA VARGAS MARTINEZ



DIRECTORA DEL TRABAJO:
MTRA. MA. DE LOS ANGELES RODRIGUEZ CASILLAS

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Trabajo Social

“TRABAJO RECEPCIONAL”

Informe de sistematización de la experiencia profesional que para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social presenta:

DALIA LUCÍA VARGAS MARTÍNEZ.

Directora del Trabajo : **MTRA. MA. DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ CASILLAS**

México DF; 2004

A mis padres Antonia Martínez y Francisco Vargas a mis hermanos Karla Vianey, Francelia, Francisco e Iris Araceli, que me acompañan en mi transitar por la vida, compartiendo alegrías y tristezas y me dan la fortaleza para seguir adelante.

A mi esposo Alejandro Medina por compartir su vida conmigo.

A mi directora la Mtra. María de los Ángeles Rodríguez, por su paciencia y asesoría para la culminación de este trabajo.

A las licenciadas Claudia Anzures, Elvira Ramírez, Magali Arellano y Patricia García, por sus valiosos aportes.

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F.

ÍNDICE

Introducción	5
I. Ubicación contextual	
1.1 Antecedentes de la violencia de género	8
1.1.1 Algunos mitos y realidades sobre la violencia de género	9
1.2 La violencia basada en género	14
1.2.1 La violencia contra las mujeres en el mundo	15
1.2.2 La violencia contra las mujeres en México	17
1.3 Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	21
1.3.1 Antecedentes	21
1.3.1.1 Misión, visión, objetivo y estructura	24
1.3.2 Características generales de los programas de la Dirección e Coordinación y Desarrollo Sectorial	26
1.4 Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género	27
1.4.1 Objetivos, misión, visión y estructura organizativa	28
1.4.2 Caracterización y organización del equipo participante	30
2. Marco Teórico Conceptual	
Violencia de género	32
2.1 Conceptos	36
2.1.1 Tipos de violencia	41
2.1.1.1 Indicadores de maltrato	42
2.1.2 Modelos explicativos de la violencia de género	44
2.2 La perspectiva de género para explicar la violencia	46
2.2.1 El Proceso de construcción de los géneros	47
2.2.2 Las relaciones de poder generadoras de violencia	48
2.2.3 Implicaciones del género en la economía y en la salud	49
2.3 Tendencias internacionales	51
2.3.1 Aportes de la perspectiva de género	52
2.3.2 Marco legal	55
2.4 Sistematización	
2.4.1 Conceptos	64
2.4.1.1 Objetivos	65
2.4.1.2 Modelo del Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social	66
2.4.1.3 Propuesta Escuela Nacional de Trabajo Social	67

3. Planeación Estratégica en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género	
3.1 Justificación	68
3.2 Conceptualización	69
3.3 Etapas	71
3.4 Técnicas e instrumentos	72
4. Desarrollo de la experiencia profesional en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género de la SSDF.	
4.1 Antecedentes de la participación del trabajador social en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género	74
4.2 Construcción del marco teórico	78
4.2.1 Selección y compilación de información relevante	80
4.2.2 Definición de conceptos	83
4.2.3 Identificación del marco normativo	84
4.3 Diagnóstico situacional de la violencia de género	85
4.3.1 Identificación situacional del problema	87
4.3.2 Diagnóstico de la institución. Estructura, funciones y servicios que otorga.	88
4.4 Diseño del Plan Estratégico	92
4.4.1 Desarrollo de las estrategias del plan	93
4.5 Resultados y productos	103
5. Análisis de la experiencia en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género de la SSDF con relación a:	
5.1 Marco Teórico Conceptual	106
5.2 Instrumentación del Programa	109
5.3 Metodología aplicada	110
5.4 Dinámica generada entre los participantes	112
6. Conclusiones	113
7. Propuesta	115
8. Bibliografía	127

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno de gran complejidad, de naturaleza multicausal y expresión multidimensional, que afecta tanto a los individuos como a las sociedades, constituye un problema de suma gravedad que involucra a una gran parte de la población, y que impide la construcción de relaciones democráticas al interior de la sociedad y entraña el riesgo de la descomposición social.

Sin embargo, las sociedades jerarquizan la importancia de las distintas manifestaciones de violencia, asignándoles un valor diferencial. Esto se refleja en la forma en que esta problemática es abordada política y jurídicamente, en la cantidad de esfuerzos que se destinan a estudiar las causas y efectos del fenómeno, e incluso en la tolerancia que la sociedad manifiesta hacia ella.

La violencia de género es un problema social que permanece oculto, de acuerdo al Sistema de Información en salud ¹para Población Abierta el índice de prevalencia en nuestro país se estima entre el 40 % y 60 %, sin embargo, los escasos estudios no permiten identificar claramente este fenómeno, ya que están enfocados principalmente a la violencia sexual. Algunos estudios señalan que entre el 2.8% y el 5% de las mujeres han sido violadas ²alguna vez en su vida. La mitad de los casos ocurren en niñas, niños y adolescentes, sin embargo, se ha informado que existe un alto porcentaje de subregistro, por ello no es posible identificar la situación real del problema de violencia de género, ya que existe dificultad para captarla y documentarla, entre ellas destaca que las mujeres y/o los niños no reconocen la violencia sexual como una violación o algún otro tipo de abuso, debido a que el contexto sociocultural legitima, minimiza, tolera o promueve estos actos.

Una de las consecuencias es que las mujeres y los niños no denuncian estos delitos, ya sea por vergüenza, miedo de la reacción del agresor, o temor a las repercusiones que pueda tener su denuncia, ya que en la mayoría de los casos responde a que ocurre en el hogar.

La violencia de género es un fenómeno tan ampliamente extendido, que trasciende el nivel de crecimiento económico de los países, las diferencias culturales y de clases sociales, sin embargo, la población es proporcionalmente mayor afectada en aquellos sectores sociales con niveles socioeconómicos y educativos más bajos. Algunos estudios muestran que entre el 25 % y más del

¹ Sistema de Información en Salud para la Población Abierta 2000

² En Ramos Lira L, Saltijera-Mendéz MT, Romero- Mendoza M, Caballero-Gutierrez MA, Martínez-Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud pública de México. Vol. 43, No. 3, mayo-junio 2001

50%, de las mujeres entrevistadas indican haber sido abusadas físicamente por su pareja actual o pasada.³

Para comprender la violencia de género es indispensable considerar los factores que la legitiman culturalmente. Ello significa conocer y analizar las percepciones y valoraciones de las personas y los grupos, en torno a lo que significa ser hombre, mujer, niño, adulto mayor, etc. Dichas percepciones y valoraciones se han moldeado a través del tiempo, consiguiendo reforzar entre otras, la idea de superioridad o dependencia de acuerdo al género.

La Organización de las Naciones Unidas sostiene que la violencia que sufren muchas mujeres, está relacionada con el status de desigualdad en todas las sociedades y que su origen tiene raíces en la estructura del matrimonio, en la familia y en la sociedad; siendo por tanto, imposible comprender su naturaleza, sin tener en cuenta el contexto social e ideológico dentro del cual la violencia ocurre.

Uno de los esfuerzos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) por combatir este grave problema de salud pública que afecta a gran parte de la población especialmente a mujeres, niñas, niños y adultos mayores es la implementación de un Plan Estratégico de Prevención y Atención a la Violencia de Género; dentro de las estrategias de este Plan se contempla la capacitación y sensibilización al personal de salud de dicha Secretaría respecto a la violencia de género, es decir, se les proporcionan los elementos necesarios para que inicialmente asuman que existe este problema, detecten, diagnostiquen y en caso de ser necesario referirlo a la instancia correspondiente.

A través del método de sistematización, el presente trabajo expone el informe de sistematización de la experiencia del trabajador social en la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género, en un primer momento se habla del contexto y del marco teórico, en un segundo momento se identificó el ámbito de trabajo y se relata el desarrollo de la experiencia, en un tercer momento se analizó el desarrollo de dicha experiencia y se hace una propuesta de intervención en el Programa antes referido, se estableció una relación objetiva de la práctica profesional desarrollada con el objeto de que puedan surgir acciones deseables a futuro y propuestas que sean de utilidad para el desarrollo de nuevas acciones en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género.

El trabajador social participó en la compilación, revisión y análisis de material bibliohemerográfico en materia de violencia de género para la construcción de un

³ Ramos Lira, Luciana Y Cols. *Violencia Sexual y Problemas Asociados en Una Muestra de Usuaris de un Centro de Salud*. Revista del INSP, Vol.43 Julio mayo- Junio del 2001 (Estudio realizado en el 2000). (Documento Violencia Doméstica. Red de Referencia del Distrito Federal)

Marco Teórico Conceptual, así como la revisión de las diferentes normativas nacionales e internacionales para la elaboración de un marco legal, que le permitan elaborar un diagnóstico situacional que a su vez incida el diseño de un Plan Estratégico de Prevención y Atención a la Violencia de Género. Asimismo, fue responsable de la elaboración de cartas descriptivas de contenidos para los cursos impartidos al personal de salud de la SSDF, así como de la programación, la difusión y búsqueda de ponentes para dichos cursos.

CAPÍTULO I

UBICACIÓN CONTEXTUAL

La violencia se puede categorizar según distintas variables: su localización geográfica (violencia urbana, rural), su ámbito (violencia laboral, familiar), su motivación (violencia política, económica, racial), su finalidad (violencia instrumental, emocional), su objeto (personas ancianas, adultas, adolescentes, menores, minusválidas), o su tipificación en los diferentes Códigos Penales.⁴ La violencia basada en el género se manifiesta en todas las variables enumeradas con la característica, y el agravio de ser fundada en actitudes discriminatorias y es fruto de las relaciones asimétricas de poder entre las mujeres y los hombres, reflejadas en la familia, la sociedad y el conjunto del Estado.

La violencia contra las mujeres es un reflejo de las amplias estructuras de desigualdad genérica de la sociedad y lejos de representar una aberración, es tolerada ampliamente por la sociedad. Aún más, la violencia contra las mujeres resulta ser un fenómeno aceptado como natural, inherente a la condición de la naturaleza femenina y, a la vez extensión del papel que el hombre desempeña en la sociedad y ostentación del poder masculino. Los valores destructivos son transmitidos de generación en generación por intermedio de menores víctimas, o testigos de episodios de violencia. La asimilación de comportamientos violentos y la socialización de la violencia determina su aceptación y reproducción como un medio de resolver conflictos y ejercer influencia.

1.1 Antecedentes de la violencia de género

A lo largo de la historia y en gran parte del mundo, la violencia de género ha existido como una creación de la cultura y no como parte natural de los humanos. La violencia de género se ha expresado de diferentes maneras y ha sido validada muchas veces por las instituciones sociales organizadas de manera vertical, en donde el ejercicio del poder de algunos seres humanos los hace verse superiores a otros.

Actualmente, la lucha por desarrollar una cultura de los derechos humanos que busquen la equidad e igualdad entre las personas, hace más notoria la violencia de género y provoca que ésta tome otra dimensión. El problema en todas sus expresiones, se observa cada vez más como un problema social, ya que es visto por más sectores de la sociedad y con consecuencias específicas en la salud de

⁴ Pezzoltti, Magdalena. *Derecho de las Mujeres a una Vida sin Violencia*. Marco conceptual elaborado para UNIFEM en México. Agosto, 2001

las personas, en el funcionamiento de las familias, en el desarrollo de las comunidades y por lo tanto en el desarrollo de un país.

La violencia de género no es un acto privado, afecta a toda la sociedad. Sin embargo, su análisis representa un gran reto social, dado que se trata de un campo que se ha investigado parcialmente, pero aún estos estudios muestran el impacto que este fenómeno ocasiona en las personas.

En forma general se le ha dado más atención a la sanción del agresor que a las víctimas de violencia de género, las que finalmente quedan desprotegidas.

1.1.1 Mitos y realidades de la violencia

La cultura ha sido un instrumento poderoso en la conservación y reproducción de las estructuras sociales, en la forma de entender al mundo y en el sistema de premios y sanciones a quienes cumplen o se alejan del "modelo ideal" esperados para hombres y mujeres en distintas circunstancias.

La violencia de género está rodeada de prejuicios en los que se justifica a los hombres violentos y se condena a las mujeres violentas, o se les culpa de ser la causa de las relaciones violentas por no cumplir con lo que se espera de ellas.

Para enfrentar el problema de la violencia de género es necesario cuestionar y analizar algunos mitos que no hacen sino perpetuarla. Existen diversos autores entre ellos (Fawcett, Gillian 1999), que señalan una serie de mitos y realidades en torno a el por que de la violencia, ya sea por parte del agresor o bien porque la mujer la tolera y en muchas ocasiones se ven involucrados los hijos.

Mito: La conducta violenta es innata en los hombres.

Realidad: Existe la creencia de que los hombres violentos no se pueden controlar y ejercen violencia porque simplemente "son así". En realidad se puede notar que no son violentos con todo el mundo, ni en todas las situaciones. Por lo tanto se considera que la violencia es una conducta que se aprende a través de los mensajes sociales y familiares, como una manera de resolver conflictos.

Mito: Es perfectamente normal que un esposo golpee a su mujer en ciertas circunstancias.

Realidad: La violencia es una violación a los derechos humanos de las personas. En ninguna circunstancia se tiene derecho de abusar de otra persona. Si bien es cierto que los conflictos provocan coraje, la violencia no es la única manera de expresarla, y dista mucho de ser la más adecuada.

Mito: Las mujeres que son o han sido golpeadas “se lo han buscado”.

Realidad: Aunque la conducta de una mujer provoque enojo en su pareja, esto no justifica el que sea maltratada. La conducta violenta es responsabilidad absoluta de quien la ejerce.

Mito: La mayoría de las veces las mujeres que dicen ser víctimas de violencia, lo que tienen es un desorden psiquiátrico.

Realidad: Si bien es cierto que algunas mujeres sufren de desórdenes de esta naturaleza, en la mayoría de los casos un diagnóstico psiquiátrico desacreditará a la mujer que se atrevió a contar su historia de abuso.

Mito: El número de mujeres que maltratan a sus parejas y el de las madres que maltratan a sus hijos e hijas es prácticamente igual que la cantidad de padres y esposos abusivos.

Realidad: Entre parejas, los daños más severos generalmente provienen de hombres abusadores. Cuando la mujer es violenta, generalmente se trata de un acto de autodefensa y, por lo común, tiene pocas consecuencias o éstas son menos graves para el hombre.

Realidad: Cuando las mujeres recurren a la violencia, sus compañeros reaccionan con más violencia e inclusive asesinando.

Otra realidad: respecto a los hijos y las hijas, el dato no es preciso si se considera que las madres generalmente pasan más tiempo con ellos que los padres.

Mito: Las hijas de madres maltratadas siempre buscarán una pareja que las maltrate.

Realidad: Si bien es cierto que existen estudios que correlacionan el hecho de haber presenciado violencia entre los padres durante la niñez con ser víctima de violencia, esto más bien podría explicar las razones por las que las mujeres permanecen en la relación de violencia y no el que “escojan” parejas abusivas. El abusador lo es por elección propia, no para “seguirle la corriente” a una víctima que lo escogió.

Mito: La violencia es un problema privado entre dos adultos y no tiene por qué hacerse público.

Realidad: Las estadísticas presentadas sobre prevalencia, demuestran que la violencia doméstica es un problema extenso que tiene costos altos para toda la sociedad. Cuando hablamos de la violación de los derechos humanos de una víctima que posiblemente no sepa cómo escapar del problema y que además puede estar en peligro, el problema se vuelve responsabilidad de todos.

Mito: Las mujeres están seguras en el hogar. Corren más riesgos de violencia con los extraños o fuera de casa.

Realidad: Contrariamente a la visión de la familia como un refugio de apoyo y amor, las niñas y las mujeres corren más riesgo de violencia en sus propias casas y de parte de alguna persona que conocen.

Mito: La violencia es un mal de las mujeres marginadas.

Realidad: Aunque algunas investigaciones sugieren que la violencia doméstica es más común en familias de bajos recursos económicos, otras sugieren de manera consistente que la violencia está presente en todos los estratos socioeconómicos y educativos. Se debe tener en cuenta que los datos de prevalencia provienen en su mayoría de organismos públicos, donde acuden más mujeres de escasos recursos económicos, razón por la cual se generaliza la información.

Mito: Los hombres violentos sufren de enfermedades mentales.

Realidad: Contrariamente a la opinión general, la mayoría de los hombres violentos no tienen trastorno mental alguno. La mayoría de los hombres violentos ejercen lo que creen es su derecho natural de dominio sobre las mujeres.

Mito: El abuso psicológico/emocional no es tan dañino como el físico.

Realidad: Las personas que trabajan con víctimas de violencia doméstica reportan que las mujeres frecuentemente sienten que el abuso psicológico y la humillación son más devastadores que los ataques físicos.

Mito: Las mujeres maltratadas que abandonan a su agresor después buscan otra pareja que las maltrate.

Realidad: Según los datos de prevalencia, es muy probable que una mujer sufra violencia por parte de su pareja alguna vez en su vida, pero las mujeres que logran escaparse de tal relación, frecuentemente evitan relaciones a futuro con el sexo opuesto.

Mito: Que sólo en las familias con problemas hay violencia.

Realidad: Si bien en todas las familias se presentan problemas derivados de la propia convivencia, lo que hace la diferencia es la forma de enfrentarlos. Unas familias lo hacen con violencia física, psíquica, sexual, abandono o explotación y nunca los resuelven sino que los agravan; otras, utilizan el diálogo, el respeto mutuo y la negociación.

Mito: Que sólo los hombres adictos a drogas o alcohol, desempleados o con problemas en su trabajo son violentos.

Realidad: Se intenta justificar la violencia por efecto de una situación personal problemática y transitoria, pero las personas violentas lo son también cuando no están sometidas a ninguna adicción o situación conflictiva concreta.

Mito: La violencia dentro de la casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.

Realidad: Afortunadamente esto está cambiando. Hoy, ningún acto que dañe la integridad de cualquier miembro de la familia puede ser considerado privado o secreto; por el contrario, constituye un delito, una violación a los derechos de la persona establecidos en los diferentes ordenamientos legales que debe ser castigado conforme a Derecho.

Mito: Que siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres.

Realidad: Si bien nadie está exento de ser víctima de violencia, las estadísticas son contundentes, ya que nos muestran que las mujeres son más violentadas que los varones. Cuando una mujer solicita ayuda, generalmente la situación ya es grave. Los hombres violentos y la sociedad en general no lo reconocen o lo desvirtúan lo que puede incrementar el riesgo y más aún llevar a la muerte a la mujer violentada.

Mito: Que es mejor aguantar la violencia pues una separación afecta más a los hijos.

Realidad: Desde luego que lo deseable para todos los niños y las niñas es crecer y desarrollarse en familia, pero cuando su familia lejos de ser un refugio de paz y convivencia armónica, se convierte en fuente de agresión y maltrato, afectará su conducta, su salud, su rendimiento escolar, su vida. Además, los menores de edad aprenden como "normal" que las relaciones familiares se dan de manera violenta, abusiva e intolerante y tendrán una fuerte tendencia a reproducir estas formas de relación al tener su propia familia.

Mito: Que las mujeres no ponen fin a la violencia familiar porque les gusta sufrirla.

Realidad: Desde fuera resulta difícil comprender por qué no se abandona la violencia o por qué muchas mujeres regresan una vez que se han marchado. Son muchos los factores, muchas las dependencias, muchos los obstáculos, sobre todo los relacionados con: apoyo familiar, solvencia económica, y apoyo y confianza en las leyes. La ausencia de respuestas solidarias aumenta su soledad, su depresión, su aislamiento y su impotencia.⁵

⁵ Fawcett Gillian, Venguer Tere, Lidia Miranda, Fernández Francisco. *Los servicios de salud ante la violencia doméstica*, edt. Ideama sa de cv junio de 1999.

"Las situaciones de violencia son vistas entonces como el producto de deficiencias personales, de desajuste o disfuncionales, y se ofrecen soluciones que necesitan ajustarse frecuentemente a las injustas estructuras sociales"⁶

Como podemos observar existe una gran cantidad de mitos acerca del por qué se da la violencia de género y sobre todo por qué las mujeres la permiten, vemos que la realidad es muy diferente, cada mujer tiene una realidad distinta y motivos diferentes que no le permiten salir de ella, cada uno de estos mitos puede representar un tópico de estudio.

Con estas realidades es posible determinar la magnitud y complejidad en torno a la violencia de género.

De acuerdo a la experiencia profesional y laboral adquirida en el Programa de Violencia de Género y a la investigación realizada en cuanto a la atención y servicios que prestan las diferentes instituciones, dependencias y organismos de los sectores público, social y privado a las personas que sufren este problema, (posterior a la revisión de estos), se identificó que la mayoría están dirigidos, sólo a la sensibilización o identificación de algún tipo de violencia, en la mujer, niña o niño, pero ninguno integra a todos los grupos de riesgo, o todos los tipos de violencia.

De aquí la importancia que tiene el personal de salud cuando detecta que un usuario vive con violencia. Debe haber una eficiente coordinación interdisciplinaria para que sus intervenciones realmente sean terapéuticas para todos los involucrados. Porque debe hacer lo posible para que la atención a las víctimas de violencia siga la ruta adecuada y no se pierda en trámites burocráticos o por un mal manejo de la situación entre el personal de salud y el usuario

Debido a la magnitud de este problema social y de salud, la Secretaría de Salud del Distrito Federal considera de suma importancia la necesidad de integrar un Modelo de atención, que permita considerar la prestación de servicios para sensibilizar, prevenir, detectar o brindar atención integral a las víctimas de cualquier tipo de violencia, así como, a todos los grupos de riesgo, con un enfoque de género.

⁶ P Duarte Sánchez, G. Gonsáles. "Situación Desigual, Desarrollo Desigual: Violencia de Género en México", en las Mujeres Contra la violencia: Rompiendo el Silencio, UNIFEM, México, 1997.

1.2 La violencia basada en género

“Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto se producen en la vida pública como en la privada.”⁷ⁿ

El origen y permanencia de la violencia hacia las mujeres está en el hecho de que en nuestra cultura se considera que lo masculino es más valioso que lo femenino y que es necesario que el hombre prevalezca por encima de la mujer.

Esta violencia se perpetúa y justifica en la educación sexista en la casa y en la escuela, donde se le da más importancia al niño que a la niña; la admiración por la violencia en anuncios, películas, novelas, caricaturas, etc., (mecanismos de justicia ineficaces, justicia lenta e impunidad)

A las mujeres se les educa en la creencia de que su valor se vincula con el de los hombres que hay en sus vidas, ya se trate de padres, hermanos, esposos o hijos y suelen verse reducidas al aislamiento si no complacen o desobedecen. A las mujeres se les educa para que vinculen su autoestima a la satisfacción de las necesidades y los deseos de otros, en consecuencia tienden a culparse por su inadecuación si los hombres las golpean. Este proceso de socialización se ve fortalecido por la constante disminución de la mujer que reduce su sexualidad al estatuto de mercancía y su identidad se ve moldeada por un entorno que las reduce a sus funciones estrictamente biológicas y en las que aún así se les infunde culpa y se les hace creer que provocan o merecen el abuso que les infligen los hombres. Es más, existe la creencia extendida de que las mujeres disfrutan ciertos grados y formas de violencia. El confinamiento de las mujeres a una posición de inferioridad social, política y económica, genera una estructura de poder y dominación, que se le llama patriarcado, en el cual los hombres pueden cometer impunemente actos de violencia contra las ellas.⁸

La dependencia socioeconómica y psicológica de las mujeres determina que les resulte difícil apartarse de la situación de violencia conyugal u hostigamiento sexual. Los resultados de una investigación realizada en la Secretaría de Salud consideran que uno de los motivos por el cual las mujeres permanecen en relaciones de pareja o matrimonios violentos, o regresan a ellos, es la falta de

⁷ Convención de Belen Do Para Brasil 1994. (Concepto adoptado en la Convención de Belen Do Para)

⁸ P. Duarte Sánchez G. Gonsáles. “Situación desigual, desarrollo desigual: violencia de género en México, en las mujeres contra la violencia”. rompiendo el silencio, UNIFEM México 1999.

vivienda alternativa.⁹ Más aún, la propia violencia hace que las mujeres se tornen incluso más dependientes. Diversos estudios llevados a cabo en diferentes países han llegado a la conclusión de que la violencia cada vez mayor mina la autoestima de las mujeres y disminuye su capacidad de acción.

1.2.1 La violencia contra las mujeres en el mundo

Se estima que en América Latina y el Caribe un 50% de las mujeres sufre algún tipo de violencia dentro de la familia, sin contar otras formas de violencia que afectan a las mujeres y niñas en diferentes espacios sociales.¹⁰

Según el Banco Mundial, la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Estudios recientes destacan que la violencia de género es una causa significativa de enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencias alimenticias y de escaso acceso a los servicios de salud. Otros datos reportan que considerando como referente la población femenina mundial, por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida.¹¹ En muchos casos, incluyendo las mujeres embarazadas y las niñas jóvenes, son objeto de ataques graves, sostenidos o repetidos.

En todo el mundo se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer y, asimismo es también una causa de mala salud, mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados.¹²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que 40 estudios cuantitativos basados en la población llevados a cabo en 24 países, revelaron que entre 20% y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos 1 de cada 5 mujeres ha sufrido una violación o intento de violación en el transcurso de su vida.¹³

⁹R. W. Coonnell, 1987

¹⁰ UNIFEM, 2002, "Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Balance de una década 1990-2000, elaborado por Elizabeth Guerrero.

¹¹ Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. **Violencia contra las Mujeres**. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C., 1998

¹² Banco Interamericano de Desarrollo, 1993.

¹³ OMS, 2000 Estudios multicéntricos en: Declaración elaborada por el grupo internacional para asesoramiento médico del IPPF en abril de 200. Federación Internacional de Planificación de la familia.

Otro dato relevante es que el tipo más común de abuso a nivel mundial es la "violencia doméstica" o el maltrato físico, emocional o sexual de las mujeres por parte de sus parejas íntimas.

En 1993, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estableció que entre 45% y 60% de los homicidios contra mujeres se realizan dentro de la casa y que la mayoría de éstos son cometidos por el marido.

Por otra parte, también es destacable que los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que han sufrido violencia que las que no la han tenido.¹⁴

Según un informe realizado en 1997 por el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas con sede en Nueva York, el promedio de muertes maternas en la región latinoamericana es de 194 mujeres por 100 mil nacimientos. La cuarta tasa más alta del mundo. La causa principal es el aborto clandestino realizado en malas condiciones sanitarias. La práctica del aborto clandestino llega a los 4 millones al año, de los cuales 800 mil requieren hospitalización por complicaciones. En el Caribe, el aborto representa 30% de las muertes maternas.¹⁵

La violencia basada en el género es concebida por el derecho internacional de los derechos humanos como una violación de los derechos humanos de las mujeres, estos derechos son irrenunciables, inalienables, intransferibles e imprescriptibles

La violencia contra la mujer es una forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de derechos y libertades en condiciones de igualdad con el hombre.

La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o convenios específicos de derechos humanos, constituye discriminación, tal como se entiende en el artículo 1º de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer. Estos derechos y libertades comprenden entre otros:

- a. el derecho a la vida;
- b. el derecho a no ser sometido a torturas, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

¹⁴ ISIS Internacional, 1993 Centro de Información y Documentación de ISIS Internacional. 1993 <http://77www.undp.org/7rblac7gender7campaing-spanish7womens humanrights.htm>.

¹⁵ ISIS Internacional, 1997 Centro de Información y Documentación de ISIS Internacional. 1997 <http://77www.undp.org/7rblac7gender7campaing-spanish7womens humanrights.htm>.

- c. el derecho a la protección en condiciones de igualdad con arreglos a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;
- d. el derecho a la libertad y la seguridad de las personas;
- e. el derecho a la protección igual de la ley;
- f. el derecho a la igualdad en la familia;
- g. el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental;
- h. el derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

El texto de dicha Convención señala que la violencia perpetrada por las autoridades públicas también puede constituir una violación de las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos y otros convenios, además de ser una violación a esta Convención. Cabe señalar que de conformidad con la Convención, la discriminación no se limita a los actos cometidos por los gobiernos en su nombre... Los Estados partes se comprometen a adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualquier persona, organizaciones o empresas.

En virtud del derecho internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados también pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la debida diligencia para impedir la violación de los derechos o para investigar los actos de violencia y proporcionar indemnización a las víctimas.

De igual forma las actitudes tradicionales según las cuales se considera a la mujer como subordinada o se le atribuyen funciones estereotipadas, perpetúan la violencia basada en género, tales como la violencia y los malos tratos en la familia, los matrimonios forzosos, el asesinato por presentar dotes insuficientes, los ataques con ácido y la circuncisión femenina. Esos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra la mujer como una forma de protección o dominación hacia la mujer. El efecto de dicha violencia sobre la integridad física y mental de la mujer, es privarla del goce efectivo, el ejercicio y aún el conocimiento de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

1.2.2 La violencia contra las mujeres en México

En México, al igual que otros países del mundo, la violencia de género es un problema social de gran impacto que afecta a un gran número de mujeres, menores, discapacitados, ancianas(os) y, en general, a la sociedad en su conjunto. Al igual que en otras regiones, este tipo de violencia atraviesa fronteras raciales, religiosas, educativas y socioeconómicas.¹⁶

¹⁶ Walker, 1984.

En nuestro país, esta problemática se empezó a reconocer como fenómeno significativo a partir de finales de los años setenta cuando el movimiento feminista visibilizó al maltrato contra las mujeres como un problema de gran impacto social, a principios de los años ochenta se organizaron grupos de mujeres que empezaron a proveer servicios y apoyo a mujeres maltratadas, de esos esfuerzos se desprendieron las primeras cifras de maltrato a mujeres.

Es a partir de los años noventa cuando se empieza a retomar la violencia de género como objeto de estudio y se realizan las primeras investigaciones; el primer estudio en nuestro país se desarrolló en una organización feminista, el Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (CECOVID A.C.), organización que paralelamente proporcionaba servicios especializados a mujeres maltratadas y sus hijas e hijos; este estudio se llevó a cabo en población abierta y encontró una prevalencia de maltrato a mujeres (mayores de 15 años) del 33.5%.

De entonces a la fecha se han venido realizando diferentes estudios, sin embargo, hasta el momento no existen cifras con representatividad nacional que nos permitan conocer su prevalencia en las diferentes zonas del país, su distribución por zona geográfica, además existe escasa información acerca de las características y dinámicas de la relación de abuso. A pesar de ello, los datos existentes nos señalan:

- La importancia del fenómeno como un problema social emergente de gran impacto, familiar y social;
- La alta prevalencia de maltrato a mujeres por parte de sus parejas;
- La severidad del daño, tanto físico como mental de las víctimas de la violencia;
- La importancia de seguir investigando la característica y efectos acumulativos de la violencia;
- La insuficiencia de servicios de atención especializados en México;
- La necesidad de capacitar y sensibilizar al personal de salud e impartición de justicia para identificar, atender y canalizar a las mujeres maltratadas que acuden a los servicios buscando ayuda;
- La necesidad de desarrollar políticas públicas y cambios legislativos que garanticen la seguridad de las víctimas de la violencia doméstica.

En México, como en otros países, la violencia es reconocida como un problema de salud pública ya que impacta la salud de las personas en todas las áreas de su desarrollo. Así lo demuestran los datos estadísticos de investigaciones en diferentes países, los cuales han demostrado la amenaza que significa para la salud de las mujeres, niñas y niños, adolescentes embarazadas, adultos mayores y discapacitados.

Para el caso de México hasta el año 2002, es que se tienen datos que permiten conocer de manera general el panorama nacional sobre la prevalencia de la violencia por grupo de edad y sexo, en el 2004 se integrará la información de su frecuencia por tipo de violencia y variables de riesgo, debido a que los formatos para el registro de esta información recientemente se establecieron para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

En el Distrito Federal, en la unidades de primer y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del DF, la violencia familiar ocupa el tercer lugar del total de lesiones, en el año 2000-2001 con (67, 286) casos registrados por esta causa, se dieron 3,738 atenciones (5.6%) de las cuales 1,976 correspondieron a hombres y 1,762 a mujeres, siendo los grupos etarios más afectados, los del rango de edad de 20 a 29, seguido por el de 30 a 49 y el de 15 a 19 años. De estos requirieron hospitalización 170 casos en el 2001, siendo el 26% de 0-9 años, el 24% de 20 a 29 y los de 10 a 19 y 30 a 39 representaron un 16% respectivamente. Las fracturas de un miembro superior y miembro inferior fueron las lesiones más frecuentes observadas en aquellos que fueron internados, seguidas de heridas en diversas partes del cuerpo. También se presentaron envenenamientos, fracturas de cráneo y heridas por arma de fuego.

Datos preliminares de una muestra representativa de mujeres que asistieron a Centros de Salud en el DF, (1999) por otras causas que no fueron violencias, reportan que el 42% sufren maltrato emocional, el maltrato físico se presentó en 20% y el maltrato sexual en 14%, y 17% reporta algún maltrato durante el embarazo.

En México los datos disponibles provienen de las denuncias realizadas en las instancias de procuración de justicia y de diversos estudios locales y en ocasiones aislados, pero que describen situaciones de gran complejidad.

Durante 1999, el INEGI levantó en cerca de 6000 mil viviendas del DF y el Estado de México, la Encuesta sobre Violencia Familiar (ENVIF). Los resultados fueron los siguientes:

- Cerca de cada uno de tres hogares ha vivido ambientes de violencia intra familiar en forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico o abuso sexual.
- Presencia de violencia en hogares dirigidos por hombres 32.5%.
- Presencia de violencia en hogares dirigidos por mujeres 22.0%
- En los hogares cuyo jefe de familia ganaba de 3 a 5 salarios mínimos la presencia de violencia fue de 37.01%, mientras que en los extremos de la escala de ingresos, la violencia fue frecuente en uno de cada cinco.
- Únicamente 14.4% de los hogares que sufren actos de violencia, buscan algún tipo de ayuda. En cuanto al tipo de ayuda que buscaron los hogares, la tercera parte (32.1%) recurrió a especialistas, psicólogos o psiquiatras, y 13.7% a la Iglesias, siendo el médico y la policía, con alrededor de 3% cada uno, las figuras menos frecuentadas.
- En 70.2% de los hogares que han sufrido algún tipo de violencia, se tiene la expectativa de que estos actos vuelvan a ocurrir.¹⁷

Otros datos relevantes:

El Centro de Atención a la Violencia Intra familiar del DF (CAVI) reportó en el período 1991 – 1994 que 86% de los 55, 952 personas atendidas fueron mujeres adultas, 10% niñas y 4% ancianos. Un estudio realizado en 1995 identificó al responsable del maltrato en el 86.8% al varón como el agresor (79.8% pareja de la víctima, 4% hijo y 2.1 padre).¹⁸

En una revisión de 15,162 certificados de defunción por muerte violenta en la zona metropolitana de la Ciudad de México, que abarcó de 1993 a 1997, se identificó que si bien la mayor parte de las víctimas fueron varones (80.0%), el sitio de la muerte que predomina en la mujer es el hogar, el envenenamiento era 9 veces mayor entre las mujeres que entre los hombres y el homicidio por sumersión también tenía una proporción mayor en mujeres con relación a los hombres. Los homicidios fueron 3.8 veces mayores por estrangulación y 2 veces mayores por lucha, altercado, violación y ataque por otros medios. En la tercera parte de las mujeres asesinadas se encontraron antecedentes de violencia previa.¹⁹

¹⁷ INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Encuesta nacional sobre violencia intrafamiliar 1999.

¹⁸ Procuraduría General de Justicia del DF, Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, 1994.

¹⁹ López María Victoria, 1996.

Durante el embarazo la violencia hacia la mujer empieza o se exagera, poniendo en riesgo la salud de la madre y del producto, pudiendo llevar a ambos a la muerte. En el estado de Morelos se encuestaron a 110 mujeres, 33.5% fueron violentadas, la mayoría por sus parejas; una de estas mujeres fue violada y el embarazo se debió a esta situación. La violencia se inició en la mayoría de los casos en el transcurso de la vida en común, 9% durante el embarazo y 5.4% en el momento en que el hombre se enteró de éste. Se encontró que el peso promedio de los bebés al nacer, en caso de mujeres maltratadas, fue de 2.485 grs. mientras que en las no maltratadas fue 3.050 gramos.²⁰

Datos preliminares de una muestra representativa de mujeres que acudieron a los Centros de Salud del DF, han reportado que 42% de ellas sufren maltrato emocional, 32% presenta rastros de maltrato físico, 14% sexual y 17% de algún tipo de maltrato durante el embarazo²¹

1.3 Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

1.3.1 Antecedentes

La Dirección se crea en enero del año 2000 y depende de la Dirección General de Planeación y Coordinación sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, es un órgano de la estructura normativa de dicha dependencia y tiene las siguientes funciones y actividades:

Funciones

- Proponer y establecer acciones de coordinación sectorial, para la organización y funcionamiento de los grupos interinstitucionales de trabajo para la integración del Sistema de Salud del Distrito Federal.
- Proponer acciones de coordinación entre el Sistema de Salud del DF y otras dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como del DF, así como con los gobiernos estatales.
- Participar en la concertación e inducción de los sectores social y privado para el diseño, ejecución y evaluación de los programas del Sistema de Salud.

²⁰ Valdés, R. y Sanin, L.H. "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer" en salud pública de México, 1996, (38): 352-362.]

²¹ Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Desarrollo Social, 1999.

- Proponer bases para la formulación y ejecución de las políticas de salud del DF, así como para el desarrollo del Sistema de Salud.
- Proponer normas y procedimientos de carácter técnico a las que deban sujetarse las Unidades Administrativas de la Administración Pública, que realicen actividades en salud.
- Instrumentar políticas, estrategias, normas y procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud a cargo de los organismos públicos descentralizados sectorizados de la Secretaría, y vigilar su cumplimiento.
- Generar información y espacios de cooperación técnica en las materias de su competencia, para atender los requerimientos de las Unidades Administrativas de la Secretaría, de la Administración Pública y de los Poderes de la Unión.
- Ejercer el control, vigilancia y fomento sanitario con el apoyo de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del DF.
- Expedir autorizaciones sanitarias en el ámbito de su competencia, así como ordenar, practicar y dictaminar verificaciones sanitarias.

Actividades

Coordinación

- Difundir la normatividad a las instituciones integrantes del Sistema de Salud para que identifiquen a la SSDF, como la instancia rectora, responsable de su conducción.
- Consolidar el papel del Consejo de Salud del Distrito Federal como instrumento de coordinación de políticas y acciones que en materia de promoción, protección y restauración de la salud, realizan los sectores público, social y privado en beneficio de los habitantes del DF.
- Fortalecer el papel de los Consejos, Comités, Comisiones y Grupos de Trabajo interinstitucionales prioritarios.
- Establecer mecanismos para la consolidación de la coordinación intra e interinstitucional.

- Sensibilizar a las instituciones del sector en el fortalecimiento de acciones conjuntas, en beneficio de la salud de los habitantes del DF.

Desarrollo Institucional

- Sensibilizar a los mandos medios y superiores acerca de la importancia de contar con manuales de procedimientos.
- Analizar y elaborar propuestas de estructura orgánica orientadas a evitar duplicidad o incongruencia en las atribuciones y funciones de las áreas.
- Difundir la normativa en las unidades administrativas para la elaboración de manuales de organización y procedimientos.
- Establecer mecanismos de supervisión para observar el apego a la normatividad de las unidades administrativas de la Secretaría.
- Capacitar al personal de las unidades administrativas en la elaboración de manuales de organización y procedimientos.
- Elaborar y registrar el manual administrativo de la SSDF ante la oficialía mayor.
- Sensibilizar al personal de la Secretaría de Salud sobre las oportunidades y fortalezas de la integración funcional y orgánica de la Secretaría de Salud del DF y de los Servicios de Salud Pública del DF

Regulación Sanitaria

- Participar en el diseño de un modelo operativo de fomento y vigilancia sanitaria, que posibilite la prevención y atención de riesgos a la salud a costos aceptables.
- Elaborar un diagnóstico situacional para la identificación de atribuciones que pueden ser compartidas entre la federación y el Gobierno del DF.
- Establecer acuerdos con la federación en materia de vigilancia y fomento sanitario, para favorecer la seguridad sanitaria del DF.
- Establecer mecanismos de coordinación intra y extrainstitucional con representantes de las dependencias gubernamentales y civiles para aplicar acciones de seguridad sanitaria.

- Integrar un sistema de control y seguimiento de las acciones de fomento y vigilancia sanitaria que permita el diseño de estrategias orientadas a disminuir, controlar o erradicar riesgos.

Proyectos especiales

- Seguimiento de la agenda legislativa de la Secretaría de Salud del DF
- Iniciativa de Ley de Salud para el DF.
- Programa de Interrupción Legal del Embarazo
- Plan Estratégico de Prevención y Atención a la Violencia de Género
- Certificación de Hospitales

1.3.1.1 Objetivo, misión, visión y estructura

Objetivo

Fungir como instancia coordinadora de los sectores público, social y privado que realicen actividades en materia de salud, responder a las necesidades de desarrollo estructural y funcional de la institución e impulsar el desarrollo de proyectos especiales para atender problemas prioritarios.

Misión

Constituirse como instancia de apoyo técnico normativo para las áreas sustantivas de la SSDF, es decir aquellas que otorgan servicios de atención médica a los usuarios, mediante el desarrollo de las estructuras de normas, procedimientos y proyectos especiales orientados a garantizar la satisfacción de los usuarios.

Visión

Consolidarse como la instancia de consulta, asesoría y apoyo para el desarrollo, aplicación y evaluación de técnicas y procedimientos que garanticen la operación de los servicios, así como constituir los proyectos especiales en programas regulares de la Secretaría.

Estructura

La estructura está compuesta por una dirección de área, dos subdirecciones, dos jefaturas de unidad departamental y una coordinación de proyectos especiales

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO SECTORIAL



1.3.2 Características Generales de los Programas de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial

Programas

Coordinación sectorial

Objetivo: Coordinar actividades de prevención y atención médica que realizan las instituciones gubernamentales de salud en el DF.

Establecer mecanismos de concertación con el sector público social y privado, con el propósito de conducir actividades de salud con instituciones del sector educativo, asistencia, desarrollo social y de la sociedad civil.

Desarrollo Institucional

Objetivo: Adecuar estructuras organizativas para la consecución de las políticas, planes y programas de la SSDF.

Regulación sanitaria

Objetivo: Diseño, operación y evaluación de un modelo de fomento, regulación y control sanitario, que aplique a las instituciones o dependencias del Gobierno del DF.

Desarrollo de proyectos especiales

Objetivo: Diseño, operación y evaluación de proyectos específicos para el desarrollo de nuevos programas institucionales como interrupción legal del embarazo, certificación de hospitales, modernización administrativa. Uno de los proyectos especiales es el de prevención y atención a la violencia de género. Se desarrollan por fuera de los objetivos de la SSDF.

a) Interrupción Legal del Embarazo

Objetivo: Normar los mecanismos institucionales para la atención de mujeres embarazadas que requieran la suspensión del embarazo de acuerdo a las salvedades que el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal establece en los casos de violación, inseminación artificial, peligro de muerte o enfermedad grave en la madre y malformaciones graves.

b) Certificación de Hospitales

Objetivo: Garantizar que los hospitales de la SSDF reúnan los estándares para obtener el certificado de calidad correspondiente. (reconocimiento que da la federación para aquellos hospitales que reúnan todas las características de recursos humanos, infraestructura, material y equipo adecuados para la atención médica)

c) Modernización Administrativa

Objetivo: Desarrollar proyectos de innovación técnica administrativa. Que garanticen otorgar servicios más eficientes y oportunos a los usuarios.

d) Violencia de Género

Tiene el propósito de fomentar una cultura de respeto a los derechos humanos, que favorezca el desarrollo de una sociedad libre de violencia, con acciones de prevención y atención a la violencia de género, en las unidades del Sistema de Salud del Distrito Federal.

Objetivo General: Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones, mediante la atención oportuna de las víctimas de violencia de género, asimismo apoyar la limitación de esta problemática, a través de la detección de casos y acciones de promoción y educación para la salud en todas las unidades de atención del Sistema de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Objetivo Específico: Proporcionar atención oportuna y con calidad a las víctimas de violencia de género independientemente de su condición socio-económica, edad, origen étnico, discapacidad o de su situación particular.

1.4 Programa de Prevención y Atención a la violencia de Género

La violencia de género como fenómeno social, cultural y de salud pública representa uno de los problemas más complejos en su identificación y atención integral.

Las implicaciones médicas y jurídicas se entrelazan en la práctica con una serie de factores económicos, educativos, culturales y conductuales determinados históricamente y con matices diferenciales en los diversos segmentos sociales de la población de la ciudad de México.

Ante este problema de magnitud creciente, el Sistema de Salud del Distrito Federal tiene un papel central para la ejecución de acciones orientadas a la educación, la prevención y atención dentro de un marco técnico y jurídico que oriente las acciones a seguir a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud.

Es así que la Secretaría de Salud del Distrito Federal impulsa el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género, instrumentando un Plan Estratégico para el periodo 2001-2006. Entre las líneas de acción de este Plan, se considera un componente específico de capacitación dirigido al personal de salud, como una estrategia fundamental en su operacionalización, aquí se describen las

acciones a seguir para lograr la sensibilización del personal de salud (médico, de enfermería, de psicología, y de trabajo social) de las unidades de primer y segundo nivel de atención de la SSDF.

La violencia de género es un problema multifactorial que afecta a grandes sectores de la población y cuyo abordaje requiere, entre otros elementos, generar procesos de sensibilización y capacitación del personal de salud que realiza funciones directivas y operativas en las unidades de atención.

Debido a la complejidad de este tema y la dificultad de instrumentar acciones integrales en los procesos de atención, es importante definir las estrategias de sensibilización y capacitación que garanticen una amplia cobertura entre el personal de salud en la realización de eventos específicos que progresivamente profundicen y amplíen el conocimiento de los diversos aspectos que confluyen en el fenómeno de la violencia de género.

El propósito central del programa está orientado a lograr que el personal operativo y directivo de las unidades de atención médica reconozcan la violencia de género como problema multifactorial que afecta las diversas esferas de salud y la necesidad de generar actitudes de compromiso, solidaridad y apoyo a las personas y familias que están en situación de riesgo o con diversas manifestaciones de daños a su salud.

Se pretende lograr una amplia sensibilización del personal de salud con relación al problema de la violencia de género, las repercusiones en la salud de la población en riesgo y/o afectada y el análisis de las principales líneas de acción en los procesos de promoción, prevención, y atención. En el programa se describe la organización y los recursos para la realización de los eventos de sensibilización a realizar con equipos de facilitadores en diferentes sedes.

Se espera al concluir la primera fase de sensibilización generar las condiciones para diseñar las estrategias de capacitación que profundicen y amplíen los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud que contribuyan a mejorar la atención a la población particularmente mujeres, niñas, niños y adultos mayores.

1.4.1 Misión, visión, objetivos y estructura organizativa

Para el óptimo desarrollo de este programa fue necesario plantearse una misión, en la que se contempló qué se pretendía lograr con dicho programa y el cómo se haría, para obtener los resultados deseados considerándose la siguiente:

Misión

Contribuir a la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos, que favorezca el desarrollo de una sociedad libre de violencia, con acciones de prevención y atención de la violencia de género, en las unidades del Sistema de Salud del Distrito Federal.

Por otra parte era importante visualizarnos en el futuro, es decir como nos veríamos como institución en la ejecución del programa, en el que se plantearon objetivos generales y específicos considerando la siguiente:

Visión

Que en todas las unidades médicas de atención del Sistema de Salud del Distrito Federal, se conozca y aplique la normatividad y los componentes estratégicos del Plan Estratégico de Prevención y Atención de la Violencia de Género, a fin de limitar y prevenir la violencia basada en el género en la población de la ciudad de México, mediante la prestación de servicios de atención de manera oportuna, integral y de calidad.

- **Objetivo General**

Que el personal normativo y operativo de la SSDF, tenga elementos de apoyo que le permitan realizar de una manera adecuada las actividades y tareas que le corresponden, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el marco legal de la violencia de género y, en los componentes y líneas de acción del Plan estratégico de la SSDF para la Prevención y Atención de la violencia de género.

- **Específicos**

- Identificar el marco conceptual de la violencia de género, que permita la unificación de criterios entre el personal de la SSDF y con las instituciones, dependencias y organismos que realizan acciones en materia de violencia de género.

- Conocer y aplicar, el marco legal que establece las responsabilidades y acciones a realizar, para garantizar la prevención de la violencia de género, y la atención integral de las personas que la padecen.

- Contar con elementos metodológicos, para la programación y operación de las actividades de promoción y educación para la salud, a fin de lograr una cultura de respeto a la integridad personal, que modifique las conductas y actitudes que perpetúan la violencia en el seno familiar.

- Sensibilizar al personal directivo y operativo de las unidades de salud, acerca de la magnitud y trascendencia de la violencia de género y las principales líneas de acción para su abordaje.

- Identificar las necesidades de capacitación en materia de violencia de género como base para la elaboración de un programa de capacitación específica que profundice y amplíe los conocimientos, habilidades y actitudes del personal directivo y operativo de las unidades de salud.

Estructura organizativa

Además fue fundamental el conocer la estructura de la institución, básicamente la de la dirección para ubicar los niveles de mando y las acciones específicas de cada nivel de mando para establecer la coordinación adecuada para la aplicación y conducción del programa.

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género corresponde a uno de los proyectos especiales que lleva esta dirección y está integrado por el director del área, tres médicos, una trabajadora social, un psicólogo y un abogado.

1.4.2 Caracterización y organización del equipo participante

El equipo que realiza las actividades de operación y desarrollo del programa son médicos, psicólogos, una trabajadora social y un abogado.

Los médicos que participan instrumentan las acciones del programa en las áreas de responsabilidad que pueden ser centros de salud y hospitales.

Trabajo Social: Participa en la construcción de los sistemas de información, de instrumentos de detección, elaboración de diagnósticos y en el diseño de proyectos y programas, diseño de instrumentos de evaluación, además de establecer coordinación con las diferentes dependencias de gobierno para articular acciones tendientes a la prevención y atención de la violencia.

Abogado. Análisis a diferentes documentos normativos y elaboración de marcos jurídicos.

El personal seleccionado para formar parte del equipo que condujo el programa, debía contar con conocimientos mínimos sobre violencia de género, y preferentemente contar con experiencia en el área.

El perfil del personal requerido fue el siguiente fue el siguiente:

- Contar como mínimo con estudios de nivel de licenciatura
- Conocimiento en violencia familiar o de género
- Experiencia laboral con temas relacionados a la violencia
- Conocimiento en análisis legislativo
- Diseño de planes y programas
- Experiencia como ponente o docente
- Sistemas de información institucional
- Manejo de Pc y paquetería
- Conocimientos básicos de inglés

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Cada vez son mayores y más afinados los estudios que se centran en la violencia familiar y de género desde muy variadas perspectivas. Éstos revelan que grupos humanos como las mujeres, los y las niñas y las personas adultas mayores están expuestos a procesos altamente violentos. Aunque el tema comienza a tener más visibilidad y mayor condena, aún es necesario realizar esfuerzos para que reciban todo el apoyo legal y social que requieren.

Dentro del marco social contemporáneo es posible observar los profundos efectos que las crisis económicas nacionales e internacionales tienen sobre los individuos, las familias y las sociedades. En este contexto, la familia reacciona movilizándose su propia idiosincrasia y su dinámica interna para sobrevivir a un mundo que progresivamente le resulta más adverso.

Además vivimos inmersos en una época de grandes cambios sociales, culturales y económicos, cuya profundidad, velocidad y, la aparente anarquía en que se producen, hace muy difícil adivinar el sentido y la dirección que asumirán finalmente. Dichos cambios macro sociales están redefiniendo grandes coordenadas: nuevas distribuciones del poder entre naciones y empresas, configuración de nuevos mercados y transformaciones tecnológicas que revolucionan los procesos productivos, entre otras. Estas transformaciones modifican la vida material y la subjetividad colectiva e individual. Se expresan en la vida cotidiana y cambian las expectativas, motivaciones, valores, formas de asociación y participación social y política de las personas.

En este marco de transformaciones e incertidumbres, uno de los cambios que parece irreversible es la incorporación de la mujer al ámbito público. Contingentes crecientes de mujeres se incorporan al mercado de trabajo y al sistema educativo, aumentan su participación en el sistema político y progresivamente, se van perfilando voces femeninas que marcan su visión singular frente a los distintos campos del devenir social.

La incorporación de las mujeres al mundo público ha posibilitado la toma de conciencia en cuanto a la discriminación y subordinación a la que la sociedad las somete por el hecho de ser mujeres, la lucha por la equidad en relación a los hombres ha sido una de las banderas más importantes de los movimientos de mujeres; la que no se agota en el campo laboral, sino que lo trasciende y aspira a que se manifieste en todos los aspectos de la vida social y política.

A partir de la conquista femenina de la igualdad formal en importantes aspectos, se han ido poniendo en evidencia algunos de los dispositivos más sutiles a través

de los cuales hombres y mujeres forman parte de relaciones de dominación-subordinación genéricas.

Desde esta perspectiva, la lucha por la equidad y por el respeto de los derechos humanos femeninos contribuye a la lucha por la democracia cualquiera que sea el ámbito social, institucional o familiar, en que se desarrolló.

La salida de la mujer al mundo de lo público ha generado cambios dentro de la familia, colocando en tensión y modificando las posiciones recíprocas de todos los miembros que la componen, especialmente a nivel de pareja. Los cambios de posición de la mujer en la familia están colocando en "cuestión" la división de tareas dentro de ellas, el hombre proveedor y vinculado al mundo público; mujer nutridora vinculada al mundo doméstico. Simultáneamente ponen en tela de juicio la estructura de poder al interior del hogar ordenado jerárquicamente en torno a la figura del hombre como el jefe del hogar. Más aún, el acceso de las mujeres al mundo público ha contribuido a identificar y enfrentar las modalidades autoritarias del uso del poder dentro y fuera de la estructura familiar. Aunque sin duda, estas transformaciones han repercutido en el tono de las relaciones entre hombres y mujeres, las consecuencias aún pueden ser evaluadas en cuanto a sus efectos negativos.

Para muchas mujeres la incorporación al mundo público ha significado una mayor carga de trabajo en la forma de dobles y triples jornadas de trabajo y en procesos altamente violentos dado el cuestionamiento frontal de su status quo. La división sexual del trabajo sigue estando profundamente inscrita en las identidades masculinas y femeninas, y ha resultado muy difícil transformarla para mejorar la calidad de vida de las mujeres.

La división de tareas por género y la estructura jerárquica de poder constituyen las bases de la familia nuclear. La modificación de la división de tareas y el cuestionamiento de las formas de ejercicio del poder en la familia entre hombres y mujeres provocan conflictos que se expresan a nivel de la pareja en tanto cónyuges, en la pareja en tanto padres y en las relaciones entre las distintas generaciones que la integran.

Dadas las nuevas condiciones de existencia, las modalidades de resolución prescritas por el modelo de familia nuclear entran en colisión con las necesidades de los individuos que la conforman. Algunos de los problemas que enfrentan las familias son el cuidado de niños, jóvenes y ancianos, la realización de tareas domésticas, la generación de ingresos para la sobrevivencia del grupo, la necesidad de desempeñarse adecuada y productivamente en el trabajo en un mundo competitivo y excluyente, entre muchos otros.

Dichos conflictos no son de fácil resolución ya que la generación de alternativas requiere de una enorme flexibilidad y creatividad por parte de los miembros de la familia y de la sociedad en su conjunto. Sin embargo, la imposibilidad de lograr soluciones a estas contradictorias demandas internas y externas desembocan en problemas y enfermedades como el alcoholismo, la fármaco dependencia, las depresiones y ansiedades que inciden en la familia provocándole malestar, disyunción, desorganización y, sin duda, episodios de violencia.

En la actualidad el término de familia significa realidades muy diversas. A la familia que el imaginario social alude, compuesta por el padre, la madre y los hijos que viven bajo el mismo techo(familia nuclear) se contraponen un conjunto disímil y muy variado de arreglos familiares. Observamos familias compuestas por adultos de distinto o del mismo sexo, unidas o no en matrimonio, con hijos propios o provenientes de matrimonios anteriores de uno o de ambos miembros de la pareja, hogares monoparentales, familias extensas, etc.

En estos nuevos arreglos familiares no sólo varían la composición sino que también pueden variar las funciones y los roles desempeñados por sus distintos miembros. Arreglos familiares cuyos jefas de hogar son mujeres, niños que trabajan y proveen a sus familias, ancianos que cuidan nietos cumpliendo roles diversos mientras ambos padres trabajan y desarrollan roles instrumentales, son algunas de las diversidades contemporáneas

El aumento y la variedad de arreglos familiares constituyen parte de esta realidad cambiante en la cual vivimos. Las transformaciones que experimenta la familia en su composición, roles y funciones no pueden ser desconocidas, como tampoco puede ser negada la incidencia que estas transformaciones tienen en la conformación de las identidades masculinas y femeninas del presente y del futuro.

Para que la conducta violenta sea posible tiene que existir un desequilibrio de poder que puede estar definido por el contexto o producido por maniobras interpersonales de control en las relaciones específicas. Dado que las cifras estadísticas son elocuentes, es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza diferentes formas de abuso y son las mujeres, niñas y niños y finalmente las y los adultos mayores, las víctimas más comunes. Por ello la perspectiva de género como elemento central para la comprensión de la violencia familiar implica ubicarnos en una posición constructivista. Esto demanda conocer la realidad a través de la compleja red de significados que cada persona y grupo atribuyen a su realidad. El constructivismo sobrepasa la inmovilidad de un modelo de cognición basado en la biología y clama, en cambio que el desarrollo de conceptos es un proceso fluido derivado socialmente.

El sujeto construye permanentemente su realidad adjudicándole significados que son permeados con la lógica que rige la cultura, y en función de los cuales se

estructuran sus conductas. Así es como las identidades masculina y femenina han incorporado los significados atribuidos a cada una de ellas, moldeando las expresiones que se manifiestan concretamente en la vida cotidiana de hombres y mujeres; pero sobre todo, otorgándole a la diferencia componentes simbólicos de desigualdad. Son precisamente estas construcciones sociales las que atribuyen cargas de poder diferenciales entre hombres y mujeres que, entre otras muchas consecuencias se manifiestan en la violencia familiar y/o de género

El término violencia remite al concepto de fuerza. La violencia es siempre una forma de ejercicio de poder mediante el uso de la fuerza física, psicológica, sexual, económica o política e implica la existencia de una jerarquía real o simbólica.²²

La palabra "violencia" por lo general despierta el recuerdo de imágenes vistas por televisión, en fotografías o en películas, que muestran el sufrimiento humano que ocasionan la guerra entre países, agresiones entre grupos sociales, entre policías y delincuentes. Es decir, hechos que para muchas personas son lejanos a su propia experiencia de vida.

En contraste la palabra "familia" con frecuencia, hace pensar o recordar a una o varias personas, queridas y situaciones de convivencia grata. Es decir, hechos que para muchas personas son cercanos a su propia experiencia de vida.

Es difícil asociar en la mente y comprender lo que quiere decir un solo concepto que combina dos significados racionales y emocionales opuestos. Por ejemplo, lo lejano con lo cercano, lo desagradable con lo grato, el miedo con la tranquilidad, la inseguridad con la protección y..la violencia con la familia.

La violencia contra la mujer se ha clasificado, con fines analíticos, en violencia sexual y violencia doméstica. La primera incluye los delitos de violación, abuso sexual a menores, estupro y hostigamiento. La violencia doméstica, también identificada como intra familiar, abarca variedad de hechos violentos ejercidos de forma cotidiana y crónica e incluye mujeres golpeadas, niños maltratados y ancianos o minusválidos violentados. Las formas que toman esas agresiones en el espacio doméstico son muy variadas e incluyen violencia psicológica, física y sexual.²³

Los patrones culturales de relaciones, la socialización en la familia, la educación formal y los sistemas legales definen las pautas de conducta aceptables para hombres y mujeres. Esas pautas son aprendidas desde edad temprana y son

²² Programa Mujer y Salud Violencia Familiar, 2002, PROMSA, Secretaría de Salud

²³ Riquer Florinda et., 1996

reforzadas a través de la presión de los pares, las instituciones y los medios de comunicación.²⁴

En términos generales, se ha identificado que la socialización de hombres y mujeres, así como los patrones dominantes de feminidad y masculinidad, propician que los niños aprendan desde pequeños que los varones dominan y que la violencia es un medio aceptable para afirmar su poder, mientras que a las niñas se les enseña a tolerar y evitar las agresiones. Esa socialización, que señala características humanas de forma diferenciada y autoexcluyente, asigna a la mujer el espacio de la fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre le confiere el de la agresividad y la violencia; por tanto los hombres ejercen el "derecho" a usar la violencia para garantizar su dominio o para resolver conflictos.

En esa situación se reproducen, dentro de la familia o del espacio doméstico de convivencia, las jerarquías asignadas a los roles de género, edad y preferencia sexual predominantes en la sociedad. Así la reproducción de jerarquías sociales en el entorno doméstico hace que el agresor sea predominantemente un hombre y que las víctimas sean mujeres.

Estimaciones hechas por el Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, indican que la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres.²⁵ Sin embargo, hasta ahora los especialistas en el área de la salud han prestado poca atención a la violencia que se ejerce cotidianamente en el entorno doméstico, aún cuando muchos médicos, enfermeras, psicólogos o trabajadoras sociales atiendan gran cantidad de mujeres que sufren este tipo de violencia.²⁶

2.1 Conceptos

Violencia

Viene del latín *violentia*., según el diccionario de la Lengua Española, violencia establece o califica la calidad de violento, el cual a su vez denota que algo está fuera de su natural estado o situación, o de acciones que obran con ímpetu y fuerza. Generalmente se habla de violencia cuando se ejerce la fuerza física contra alguien con el propósito de dañarlo, o cuando se expresa el abuso del

²⁴ Heise Lori, et al., p.23 "violencia contra la mujer. La carga oculta de salud", en Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, 1994

²⁵ Ibid., p.23

²⁶ Walker, Op.cit., 1986

poder individual o socialmente.²⁷ Históricamente el término violencia ha sido abordado desde distintas disciplinas y esto ha provocado el uso de lenguajes diferentes para analizar el mismo problema. Así, desde el punto de vista sociológico, violencia y poder son conceptos inseparables. Desde la perspectiva legal la violencia se asocia con violaciones a la ley y los hechos violentos se constituyen en actos criminales. Desde la salud pública, la violencia se ha definido como hechos visibles y manifiestos de agresión física, que provocan intencionalmente daños capaces de producir enfermedad o muerte.²⁸

Violencia basada en género

En 1993, las Naciones Unidas adoptó la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer "Cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud, física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada".²⁹

Generalmente se refiere a la violencia doméstica como violencia familiar global, intradoméstica o intrafamiliar. El informe del Secretario General de las Naciones Unidas titulado "Esfuerzos encaminados a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y la sociedad" (Yanuzova, 1992) contiene un resumen de investigación internacional que permite cuatro generalizaciones sobre este fenómeno:

- a) La violencia en la familia se da fundamentalmente de los hombres hacia las mujeres;
- b) La mayoría de las víctimas de la violencia están en el seno familiar y en la sociedad son sus miembros más débiles, en función del sexo (tradicionalmente se ha considerado que las mujeres son el sexo "débil"), la edad (niños, jóvenes, ancianos) o la condición física (minusválidos). También puede hablarse de relaciones diversas de dependencias (económicas, de jerarquía en el empleo, o de categorías dentro de una organización);

²⁷ Diccionario Porrúa de la Lengua Española editorial Porrúa)

²⁸ Heise, Op cit.,

²⁹ (Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria, 20 de diciembre 1993)

c) La violencia se produce cuando se pone en tela de juicio el poder del “fuerte”, que se convierte en victimario y deja de reconocer y respetar los derechos humanos fundamentales de la víctima – libertad, dignidad, derecho a la paz.

d) La violencia ha existido siempre y se ha manifestado de diversas formas, aunque apenas se haya reconocido en el último decenio que la violencia contra la mujer es un problema grave por su magnitud y consecuencias.

Violencia de género

Es “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.³⁰

“Todo acto de fuerza física o verbal, coerción o provocación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina”.³¹

Es necesario conocer algunos conceptos relacionados con la violencia que se utilizaron para el desarrollo del presente trabajo y con la finalidad de unificar criterios respecto de los conceptos usados.

Sexo

Características genéticas, fisiológicas, biológicas y anatómica que indican si una persona es hombre o mujer.³²

Género

Se refiere a los roles y responsabilidades determinadas socialmente. El género se relaciona con la manera en que somos percibidos y en como es esperado que pensemos y actuemos como hombres o como mujeres según el consenso social.³³

³⁰ Organización de las Naciones Unidas, 1993

³¹ Heise, Op. cit.,

³² Diccionario Porrúa de la Lengua Española, Op. Cit.,

³³ SSA, Presupuestos sensibles al género

Cultura

El conjunto de prácticas humanas por medio de las cuales el ser humano se interrelaciona con la naturaleza y la sociedad, prácticas que se transmiten y reproducen por medio de símbolos (orales y escritos) y que se convierten en tradiciones, costumbres, creencias, ideas, normas, sentimientos e instituciones.

Familia

Gente que vive en una casa, bajo la autoridad del señor de ella.

Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Parentela inmediata a una persona.³⁴

Maltratar

Tratar mal a alguien de obra o de palabra. Menoscabar, echar a perder. Lastimar, dañar, ofender.³⁵

Atención médica de la violencia familiar

Conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de las relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.³⁶

Consejería

Al proceso de análisis y apoyo, mediante el cual la o el prestador de servicios de atención médica, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas a la o el usuario respecto de su situación.³⁷

Detección de probables casos

A las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar, entre la población en general.³⁸

Educación para la salud

³⁴ Diccionario Porrúa, Op. Cit.,

³⁵ Ibidem.,

³⁶ NOM – 190 – SSA1 – 1999

³⁷ Ibid., p.7

³⁸ Ibid., p.8

Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.³⁹

Grupos vulnerables

A las niñas, niños, adolescentes; mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.⁴⁰

Los términos anteriores nos permiten identificar indicadores y acciones en torno a la violencia que son utilizados en diversos textos y leyes.

³⁹ Ibid., p.8

⁴⁰ Ibid., p.8

2.1.1 Tipos de violencia

Todos los tipos de violencia tienen como objetivo común, conservar el poder y dominio de una persona sobre otra persona o situación.

a) Violencia física

Se habla de violencia física cuando una persona se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por arma, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la mujer esta enferma o herida. El abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona.

b) Violencia Psicológica o emocional

Puede darse antes y después del abuso físico o acompañarlo, sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay abuso físico. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, intimidación y amenazas de daño (manejar rápida y descuidadamente), aislamiento social y físico (no dejarla salir ni hablar con otra persona), celos y posesión extrema, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son: acusar sin fundamento, culpar por todo lo que pasa, ignorar, no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, mentir y romper promesas, llevar a cabo acciones destructivas (romper muebles, platos y en general pertenencias de la mujer) y lastimar a personas cercanas o mascotas.

En culturas donde la mujer tiene tan introyectada la importancia de ser madre, también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.

c) Violencia económica

Esta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: hacer que la mujer tenga que dar todo tipo de explicaciones cada

vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio, dar menos dinero del que el hombre sabe que necesita a pesar de contar con liquidez, inventar que no hay dinero para gastos que la mujer considera importantes, gastar sin consultar con la mujer cuando el hombre quiere algo o considera que es importante, disponer del dinero de la mujer (sueldo, herencia, etc.), que el hombre tenga a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio, privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

d) Violencia sexual

Generalmente este tipo de violencia sobre el que les cuesta más trabajo hablar a las mujeres incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como: intentar que la mujer tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no esta en sus cinco sentidos, o tiene miedo de negarse, lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar su genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas, forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual, criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes, acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligarla a ver películas o revistas pornográficas, forzarla a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer.

2.1.1.1 Indicadores de maltrato

Es posible conocer el grado de riesgo de ser víctima de violencia de género que presenta cada persona evaluada con base en una serie de indicadores ya establecidos.

El escrutinio o tamizaje rutinario permite identificar aún aquellas que no se reconocen como tales. Muchas de las mujeres afectadas por la violencia de género aprendieron que el maltrato de cualquier indole es una forma "natural" de relación.

Al respecto la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica, señala en sus artículos 4.7 a 4.12 lo siguiente:

Identificación del grado de riesgo: Valoración que a través de un interrogatorio mínimo, permite identificar la presencia del maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a violencia familiar, entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre la población en general.

Indicadores de abandono: Signos y síntomas, físicos o psicológicos, debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

Los signos y síntomas de abandono pueden ser muy diversos dependiendo de la posición que cada persona ocupa al interior de la familia por ejemplo, en el caso de niños y niñas la pérdida de la cartilla de vacunación por parte de los padres, puede ser un indicador de abandono.

En el caso de los ancianos, algunas lesiones pueden denotar falta de atención, al igual que enfermedades no tratadas o mal atendidas.

En las mujeres algunos indicadores de abandono pueden ser la falta de cuidado en su aspecto o higiene personal, el no someterse a estudios de rutina o el llegar sin compañía al hospital para ser atendidas por parto.

Indicadores de maltrato físico: Signos y síntomas, -hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

Indicadores de maltrato psicológico: Síntomas y signos, indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos - como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

Algunos estudios sobre violencia basada en género demuestran que la culpabilidad y baja estima son rasgos característicos de las mujeres maltratadas. Otros indicadores incluyen: confusión; falta de concentración; trastornos en la alimentación o en los hábitos de sueño; problemas en la capacidad de comunicación, soledad vergüenza, timidez y depresión.

Indicadores de maltrato sexual: Síntomas y signos, físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos - baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros -, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

Otros indicadores de posible maltrato sexual son: el embarazo no deseado; aborto en condiciones de riesgo, abortos espontáneos, hijos o hijas con bajo peso al nacer, y enfermedad pélvica inflamatoria. (NOM 190-1999)

2.1.2 Modelos explicativos de la violencia de género

Se han propuesto diversos enfoques del por qué se presenta la violencia hacia las mujeres, identificando tres modelos que podrían explicarla.

- **Modelo de violencia interpersonal,** De acuerdo al informe mundial sobre la violencia y la salud 2002, la violencia interpersonal surge entre adultos que no tienen capacidad para lidiar sin violentarse con estresores o conflictos, este modelo identifica ciertas crisis familiares, personales relacionadas estrechamente con la violencia ejemplo: desempleo, nacimiento de un bebé, etc. Diversas investigaciones han demostrado que no existe psicopatología en las y los involucrados en situaciones de violencia familiar, sino que se reconoce que la violencia continua desarrolla malestar identificado clínicamente como efecto inmediato o acumulativo.

Las diversas formas de la violencia interpersonal tienen en común muchos factores de riesgo.

Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima, y trastornos de la personalidad y la conducta, otros están ligados a experiencias como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctimas directas o como testigos) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal, y entre los factores comunitarios más importantes se destacan la pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.⁴¹

⁴¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud 2002

- **El modelo de violencia familiar de Strauss, Gelles y Steinmetz**
Sostiene que la violencia se aprende en la niñez y se transmite de generación en generación y que algunos enfoques culturales la refuerzan.
- **El modelo de la perspectiva de género**
Sostiene que la violencia masculina es una expresión particular de un patrón que comprende el control de los hombres sobre las mujeres. La violencia les permite a los hombres controlar la relación y se basa en la desigualdad de poder.

Existen algunos modelos que combinan varios elementos de unos modelos con los de otros: Modelos Mixtos

Cualquier construcción teórica que se utilice sobre la violencia familiar, deberá considerar un análisis sobre la desigualdad ínter genérica de poder; desde esta perspectiva se pueden identificar factores para valorar el potencial de violencia:

- 1) Grado de verticalidad de la estructura familiar;
Se refiere a las dinámicas familiares que se basan en la imposición respecto de las decisiones que se toman en las familias y en forma vertical es decir del jefe de familia hacia abajo.
- 2) Rigidez de las jerarquías;
Considera que no se deben trastocar los roles definidos para cada miembro de la familia.
- 3) Creencias sobre la obediencia y respeto;
Se basa en los mitos y creencias, en las que en muchas ocasiones se considera a la mujer y a los hijos como inferiores y sin poder de decisión.
- 4) Creencias sobre disciplina y castigo;
Se justifica la violencia en el hecho de la corrección de las mujeres y los hijos.
- 5) Adhesión a estereotipos de género
Se validan algunas actitudes según si se es hombre o mujer, por ejemplo al hombre se le considera inteligente, fuerte y la mujer débil, sumisa, poco inteligente, maternal entre otras.
- 6) Grado de autonomía de miembros de la familia.
Se refiere a la independencia que se permite tener a cada miembro de la familia respecto de sus decisiones.

2.2 La perspectiva de género para explicar la violencia

Desde esta perspectiva se ha podido demostrar que la violencia no es natural en los seres humanos, que es una conducta aprendida como forma de enfrentar conflictos o de relacionarse con otros, y que la violencia familiar forma parte de la lógica de un sistema patriarcal de dominio y opresión que considera "natural" imponer autoridad a través de la violencia.

Desde luego que la violencia puede tener otros orígenes no sociales que requerirían de otra metodología de análisis y otro tratamiento, pero cuando hablamos de conductas violentas aprendidas en un proceso de construcción social como individuos del género masculino y como individuos del género femenino, la metodología de los estudios de género nos aporta también elementos para romper las estructuras aprendidas y construir nuevas formas de relación entre los géneros.

A lo largo de la historia, las distintas sociedades han dado un mayor valor a las tareas, funciones, responsabilidades y atributos asignados al género masculino. Esta diferencia de valor ha significado también una diferencia de poder manifestada, tanto en el ámbito público como en el privado, es decir, al interior de la propia familia.

Las relaciones entre los miembros de la familia resultan ser asimétricas en cuanto al poder, favoreciendo a los hombres adultos, en detrimento de los menores de edad, los y las ancianas, los más débiles o enfermos y sobre todo a las mujeres. En este contexto se articulan las relaciones inter e intra géneros.

Con base en las características biológicas que determinan la pertenencia a un sexo, las sociedades construyen y predeterminan, a lo largo de su historia, las conductas y expectativas que corresponden a los hombres y a las mujeres. Casi la totalidad de las sociedades asigna un valor superior a "lo masculino", lo que da lugar a una desigualdad de poder entre los hombres y las mujeres.

De igual manera, "sexo" y "género" son conceptos distintos. "sexo" se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. La confusión entre sexo y género puede clarificarse si al hablar de hombres y mujeres utilizamos la palabra sexo y si se utiliza el concepto de género para referirse al conjunto de ideas, percepciones y valoraciones sociales sobre lo femenino y lo masculino: Este ejemplo puede explicar la diferencia: las mujeres tienen la capacidad de embarazarse, por tanto, es una diferencia que responde a cuestiones biológicas. Partiendo de este hecho, la mayoría de las sociedades justifican que el cuidado de los hijos e hijas es responsabilidad de las mujeres: Sin embargo, esto es resultado

de la construcción de papeles de género y no derivado de factores biológicos. Presupuestos sensibles al género.⁴²

El sexo se refiere a las características genéticas, fisiológicas, biológicas y anatómicas que indican si una persona es hombre o mujer.

El género se refiere a los roles y responsabilidades determinadas socialmente. El género se relaciona con la manera en que somos percibidos y en cómo es esperado que pensemos y actuemos como hombres o como mujeres según el consenso social.

2.2.1 El proceso de construcción de los géneros

Conviene hacer algunas precisiones en torno a los términos "sexo" y "género" para desarrollar este tema:

Sexo: es una variable biológica determinada desde la concepción misma y se traduce en una condición física que no se puede cambiar con la que se nace "hombre" o se nace "mujer".

El género: en cambio es una categoría determinada en un contexto social, que cambia según las normas y valores que imponga el o los grupos en el poder y que por el hecho de ser adquirida socialmente es susceptible de modificarse.

El hecho de que la mujer biológicamente posea funciones ligadas a la vida misma, ha hecho que se le sitúe en el campo de la naturaleza y se le margine del campo de lo social, detentado por los hombres, plataforma desde la cual han establecido cuáles son los roles que deberán desempeñar los géneros: masculino y femenino.⁴³

Durante siglos, las mujeres y los hombres han adquirido -por efectos de circunstancias sociales y culturales- una personalidad psicosexual que los diferencia y que se manifiesta en el dominio del género masculino sobre el femenino; desigualdad que pretende fundamentarse en las diferencias biológicas cuando en realidad se fundamenta en un sistema de valores sancionados socialmente.

El estatus de superioridad de los hombres y de inferioridad de las mujeres es definitivamente un producto social, como lo es también la violencia como forma de relación.⁴⁴

⁴² SSA, Conceptos y elementos básicos

⁴³ Modelo de prevención y Atención de la Violencia de Género 2000

⁴⁴ Alatorre, E. 1998.

El proceso mediante el cual se instituyen los roles para hombres y mujeres es complejo y multifactorial, pero reconoce la contribución histórica que han tenido en dicho proceso la familia y las instituciones educativas, tanto en la transmisión de conocimientos mediante métodos formales e informales como en la socialización del sistema de valores que fundamenta la desigualdad genérica. También intervienen las instituciones políticas, religiosas, militares, el medio laboral y los medios de comunicación, entre otros.

La violencia suele estar incorporada a la identidad masculina. Desde pequeños, los niños aprenden a responder agresivamente y se entrenan en aspectos activos como ganar, competir, luchar, apoderarse, imponer, conquistar, atacar, vencer. Las niñas aprenden a ceder, a pactar, a cooperar, a entregar, a obedecer, a cuidar; aspectos menos valorados y por lo tanto socialmente inferiores. En el proceso de socialización o de construcción de los géneros suele desvalorizarse "lo femenino". Son comunes frases como: "vieja el último", "sólo lloran las viejas", etcétera.

2.2.2 Las relaciones de poder generadoras de violencia

El poder es una característica de la condición genérica masculina, desde temprana edad se les atribuye poder y lo ejercen. Como contraparte a las mujeres se les enseña su papel de controladas, dominadas; el menor poder de las mujeres puede estar definido por las diferencias de edad, etnia, nivel económico, educativo, entre otros.

La sociedad es patriarcal, esto significa que el mundo se estructura económica y socialmente a partir de relaciones desiguales, en las que el género masculino domina el género femenino.

Hombres y mujeres son socializados de forma diferente y por tanto se les educa de forma diferente para asumir funciones diferentes en la sociedad.

Las personas violentas no tienen rasgos distintivos que las identifiquen como tales, tampoco son enfermos mentales. Suelen ser personas con valores tradicionales para las que todo lo "masculino" –fuerza, impulsividad, poder, éxito, competitividad– está por encima de lo "femenino" –sensibilidad, entrega, ternura, fidelidad, prudencia.

Los hombres y las mujeres aprenden que ser varón es más importante y que una forma de demostrarlo es ejerciendo poder sobre su pareja y sobre su familia. La violencia se aprende, sobre todo observando modelos significativos: padres,

hermanos, maestros. El niño aprende a agredir como una forma de defender sus derechos, de solucionar conflictos y de hacer valer su poder.

Se ha demostrado que el afán de poder y de dominio son algunos de los motivos principales de los violadores para agredir a las mujeres, y no como se piensa, como descarga de instintos sexuales.⁴⁵

Azaola, Elena(1996)aporta valiosa información sobre la violencia hacia las y los menores de edad, en la que cuando la madre o alguna figura femenina es la que ejerce la violencia, ella misma sufre de maltrato por parte de su pareja, o de algún miembro de la familia.

Estudios del Instituto Nacional de Pediatría cuestionan la afirmación de que la madre es la mayor agresora, pues al atender a niños y niñas maltratados(as), encuentran que viven en hogares casi siempre, con padre ausente, lo que no exculpa a la madre, pero explica que en esta relación de poder ella resulta ser la que maltrata.

2.2.3 Implicaciones del género en la economía y en la salud

a) Implicaciones del género en la economía

La macroeconomía trata con los agregados de la producción de bienes y servicios de un país. Sus tres elementos principales son la política de tipo de cambio, la política monetaria y la política fiscal. Las iniciativas con perspectiva de género se enmarcan dentro de esta última. Introducir la perspectiva de género en la macroeconomía contribuye a un mejor diseño de las políticas: una política macroeconómica más sensible a las desigualdades existentes en materia de género, crearía un "círculo virtuoso" en el cual la reducción de las desigualdades de género llevaría a la disminución de las limitantes que estas inequidades han representado, lo que a su vez conllevaría un desempeño macroeconómico más exitoso.

La macroeconomía se compone por las empresas (el sector privado) y el gobierno (el sector público). Una macroeconomía sensible al género debe incluir además a los hogares, la llamada "economía del cuidado". La economía del cuidado se refiere a la actividad humana que tiene que ver con el proceso de cuidado de la fuerza laboral presente y futura, e incluye la reproducción, la provisión de alimentos, la confección o compra de vestido y la limpieza de la vivienda. Los

⁴⁵ CFR. Valdez, Rosario "Violencia...", "1998.

componentes de esta economía pueden ser tanto remunerados como no remunerados; sin embargo, por lo general este sector no es asalariado y se excluye de las cuentas nacionales, por lo que no existe una estimación social de su valor económico: Además, este trabajo es llevado a cabo, en su mayoría, por mujeres, quienes invierten gran parte de su tiempo en ello.⁴⁶

La economía del cuidado involucra tres factores principales y relacionados entre sí: en primer lugar, el trabajo no remunerado. Este tipo de labores, esenciales para la reproducción de la fuerza laboral, por lo general no son tomadas en cuenta como "trabajo", ya que en el modelo económico actual las labores que realmente se valoran son aquellas que tienen asociadas una recompensa monetaria. En segundo lugar, el uso del tiempo. La división del trabajo asigna a las mujeres la mayoría del trabajo no remunerado, mientras que los hombres se relacionan principalmente con la economía productiva remunerada. Las mujeres, en adición a sus labores no remuneradas, deben participar en el sector productivo, lo que reduce de manera significativa su tiempo libre, a menos que transfieran parte de sus labores a otra persona, quien, la mayor parte de las veces, será otra mujer (por ejemplo, las hijas, las nueras o las trabajadoras domésticas). Por último, el hogar como unidad de análisis de los efectos de la política social no deja ver el beneficio individual de los servicios públicos. Así, las políticas deben cuestionar qué constituye a una familia o a un hogar y preguntarse cómo afectan a los individuos, hombres y mujeres, niños y niñas, que viven en su interior.⁴⁷

b) Implicaciones del género en la salud

El género determina necesidades especiales de atención para hombres y mujeres, incluso para enfermedades que afectan a ambos sexos. El hecho de que se apliquen los resultados de ensayos clínicos realizados en hombres, como válidos para las mujeres, ha generado consecuencias negativas en la oportunidad de diagnóstico, en la calidad de atención y en la evolución de enfermedades.⁴⁸

Un ejemplo es el caso de la enfermedad coronaria, reconocida como una de las principales causas de muerte en varones de mediana y avanzada edad. Las mujeres representan tan sólo el 20% de la población estudiada en ensayos clínicos sobre tratamiento en caso de infarto.⁴⁹

⁴⁶SSA, Presupuestos Sensibles al Género, Conceptos y Elementos

⁴⁷ *Ibid.*, Presupuestos Sensibles al Género, Conceptos y Elementos SSA

⁴⁸ SSA, Programa de Acción Mujer y Salud, México 2002

⁴⁹ SSA, Op. cit.,

Comprender los factores que determinan las diferencias entre hombres y mujeres en las diversas enfermedades, incluyendo lo biológico, lo psicológico y lo social, tiene implicaciones para la salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida para los y las ciudadanas.

La socialización diferenciada tiene como consecuencia que hombres y mujeres vivan de manera diferente el concepto de riesgo. Sus actividades diferentes los exponen a riesgos distintos; por ejemplo, a los varones se les educa vinculando el cuerpo con la dureza, la fuerza y la violencia. Para muchas mujeres, el cuerpo es vivido como un espacio de esfuerzo y sufrimiento en el que se manifiesta una de sus funciones primordiales: la reproducción.

El hecho que se asigne a las mujeres el papel de cuidadora y a los hombres se les atribuya la independencia, influye directamente en la manera en que hombres y mujeres perciben los signos y síntomas de la enfermedad y en el momento en el que deciden buscar atención médica.⁵⁰

Esta percepción influye también en la forma en que los proveedores de los servicios de salud responden a las demandas de atención.

En México las mujeres acuden con más frecuencia a los servicios de salud en edad reproductiva y cuando están embarazadas. Además, la manera en que los servicios de salud están organizados asume que las mujeres no tienen un empleo formal y, por lo tanto, son quienes pueden asistir y acompañar a sus familiares a las consultas en la mañana: otra característica del sistema de salud de nuestro país es que las campañas y programas comunitarios capacitan a las mujeres para que ellas los operen, sin tomar en cuenta que con esto se aumenta su carga laboral.⁵¹

2.3 Tendencias internacionales

El primer ejercicio con enfoque de género fue impulsado por el gobierno australiano entre 1984 y 1996. Además de llevarse a cabo a nivel federal, seis estados y dos territorios australianos implementaron la perspectiva de género en las dos últimas décadas. Dentro de cada ciclo presupuestal, los departamentos gubernamentales produjeron un análisis del impacto del gasto sobre hombres y mujeres, y el Ministerio de Hacienda los publicó como parte de los documentos presupuestales oficiales.

⁵⁰ SSA, Op. cit.,

⁵¹ SSA, Op. cit.,

La segunda Iniciativa a nivel internacional se llevó a cabo en Filipinas, donde la Política de Presupuestos para Género y Desarrollo, fundada en 1994, estableció que las agencias gubernamentales debían asignar un mínimo de 5 por ciento de su presupuesto total a fondos para el diseño, puesta en marcha, monitoreo y evaluación de políticas relativas a género y desarrollo. La iniciativa fue impulsada por el gobierno filipino (principalmente por la Comisión Nacional de las Mujeres Filipinas) y apoyada por la sociedad civil.

En 1995, y después de las primeras elecciones democráticas de Sudáfrica, grupos parlamentarios, organizaciones no gubernamentales e investigadores impulsaron la Iniciativa de Presupuestos para las Mujeres, que ha sido replicada en varios países del sur de África. En 1997, el gobierno impulsó una iniciativa paralela, el Proyecto Piloto de la Iniciativa de Presupuestos de Género del Secretariado de la Mancomunidad. Esta iniciativa, a su vez, ha sido lanzada también en una serie de países, que incluyen a Barbados.

En la actualidad, existen Iniciativas sobre presupuestos sensibles al género en más de 50 países, entre los que se encuentran Canadá, Reino Unido, Noruega, Brasil, Chile, Colombia, Perú, India, Bangladesh, Tanzania y Uganda. En el caso de México, donde la iniciativa estaba localizada fuera del gobierno, la Secretaría de Salud es quien está innovando al tratar de introducir criterios iniciales de género a la elaboración del presupuesto.⁵²

2.3.1 Aportes de la perspectiva de género

La perspectiva de género implica analizar con ojos críticos los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres; es decir, las relaciones sociales entre los sexos, partiendo del reconocimiento de que la desigualdad resulta de la construcción social de un hecho biológico: la diferencia sexual.⁵³

Cuando se habla de incorporar la perspectiva de género al diseño de políticas y programas, se hace referencia al proceso de evaluación de las consecuencias de dichos programas para las mujeres y los hombres en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias de las mujeres y los hombres sean un elemento integrante de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas a

⁵² Ibid.,

⁵³ SSA, Op. cit.,

fin de que ambos se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe.⁵⁴

La perspectiva de género:

- a) Analiza e interpreta las situaciones desde un punto de vista que toma en cuenta cómo se construyen diferenciadamente los papeles masculinos y femeninos en una sociedad y
- b) Busca encontrar una solución a las desigualdades que resultan de las diferencias entre hombres y mujeres.

“Género” y “mujer” no son sinónimos. Los papeles de género se adquieren mediante un proceso de socialización, son específicos a contextos y culturas y, por lo tanto, son susceptibles de transformarse: Hacer un análisis con perspectiva de género implica identificar y atender las necesidades de hombres y mujeres de manera diferenciada, reconociendo las desigualdades subyacentes: Por ello, es necesario reconocer que las mujeres se encuentran en una posición de desventaja, tanto social como económica, lo que tiene implicaciones para su efectivo acceso y posibilidades de beneficiarse de políticas, programas y proyectos gubernamentales neutrales.

El enfoque de género aborda específicamente las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y distingue diversas formas de violencia entre ambos.

Introducir la perspectiva de género, es ante todo, una cuestión de equidad. Dado que el género es uno de los ejes más persistentes de la desigualdad, y que una de las principales metas de la política fiscal es reducir las brechas existentes en términos de distribución de la riqueza y los recursos, la política fiscal debería tener como línea conductora la disminución de las inequidades entre hombres y mujeres. En términos de eficiencia, la inequidad de género conlleva a grandes pérdidas económicas no sólo para las mujeres, sino también para los hombres y los niños.

La perspectiva de género es una herramienta para diseñar políticas dirigidas a alcanzar la equidad entre hombres y mujeres. Un análisis que tome en cuenta las diferentes necesidades, condiciones y posiciones de hombres y mujeres ayuda a diseñar políticas y programas que den soluciones reales a los problemas sociales y que permitan optimizar los recursos existentes. La perspectiva de género, da la

⁵⁴ SSA, Op. cit.,

oportunidad de diseñar programas focalizados de manera eficiente y ayudan a que los programas diseñados para atender las necesidades de toda la población tomen en cuenta las diferencias de género. La transversalización del enfoque de género lo que se traduce en políticas y programas más eficaces, eficientes y que resulten en una mayor equidad y mejores condiciones de vida para las y los mexicanos.

La equidad de género no es sólo una cuestión de justicia, sino también es una manera de lograr un desempeño económico más eficiente.

Es importante resaltar que el género no se refiere exclusivamente a las mujeres, sino también a los hombres; esta perspectiva permite que las políticas y los programas estén fundamentados en las condiciones de vida existentes y en la posición social de mujeres y hombres.

2.3.2 Marco Legal

México, como parte de la Comunidad Internacional, participa en acciones multilaterales para combatir y erradicar la situación de violencia familiar y de género que se ha dado a nivel mundial. De esta forma, ha firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales que consideran acciones para disminuir y de ser posible eliminar la violencia al interior de la familia.

En este plano ocupa un lugar destacado la violencia contra las mujeres, definida como "todo acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada".⁵⁵ De ahí que la violencia contra las mujeres se da tanto en el ámbito público como en el privado. Se incluyen aquellas modalidades de maltrato económico, físico, sexual, psicoemocional, así como las combinaciones de éstas, independientemente de que se den dentro o fuera del hogar, o bien que sean perpetrados por el estado y sus agentes.

Los ejemplos de violencia hacia las mujeres pasan desde una atención inadecuada en centros hospitalarios hasta llegar a eventos de tortura y ejecución.

Pero el tipo de violencia más común contra las mujeres es aquel que ocurre en sus propios hogares y que es llevada a cabo por sus seres más cercanos, fundamentalmente sus parejas.

Por ello a partir de la década de los setenta y con especial interés en los últimos años, el tema de la violencia contra las mujeres y su expresión en el ámbito doméstico, ha sido incorporada en convenciones y conferencias internacionales, en los cuales ha tenido una destacada participación nuestro país, tanto a través de representaciones gubernamentales como de organizaciones sociales de mujeres.

Los documentos específicos más importantes son:

- La Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, celebrada en la Ciudad de México, en 1975.
- La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979.
- La Conferencia Mundial del Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en Copenhague, Dinamarca en 1980.

⁵⁵ Organización de Naciones Unidas, Declaración sobre la Violencia contra la Mujer, 1993

- La Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los logros del Decenio de Naciones Unidas -Igualdad, Desarrollo y Paz- celebrada en Nairobi, en 1990.
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, celebrada en la ciudad de Belém Do Oará, Brasil, en 1994.
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing

A partir de estas conferencias se definieron acciones para que la mujer fuera integrada, en igualdad de condiciones y derechos, en los procesos de desarrollo económico así como para promover la no violencia hacia las mujeres.

Sin embargo, el documento internacional de protección a los derechos de las mujeres más importante es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Organización de las Naciones Unidas en 1979, firmada por México en 1980 y ratificada en 1981. Los estados partes de la Convención se obligan a legislar, impulsar políticas públicas y acciones afirmativas para erradicar los patrones estereotipados de comportamiento prevalentes y que permiten la supremacía de un sexo sobre el otro, así como sancionar cualquier tipo de trato diferenciado, excluyente o discriminatorio, incluyendo la violencia de género.

En 1992, El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra las Mujeres (órgano creado para la verificación del cumplimiento de la Convención) incluyó formalmente la violencia de género en la Recomendación General No. 19, la cual trata exclusivamente de la violencia contra las mujeres y las medidas que deben tomarse para eliminarla. En 1998 se recomendó a nuestro país incluir una legislación sobre violencia familiar en todo el territorio nacional, aumentar las sanciones contra los perpetradores del delito de violencia familiar, establecer programas de apoyo a las mujeres víctimas de violencia familiar y sexual, así como vigilar que se otorgue la reparación del daño.

En tanto, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará, Brasil), es el único instrumento regional cuyo único propósito es detener y remediar la violencia de género. En su artículo 7º, la Convención enumera una lista específica de obligaciones de los Estados con respecto a la prevención y atención de los actos de violencia contra la mujer.

Como miembro de la Organización de los Estados Americanos (OEA), México suscribió y ratificó esta Convención que exhorta a los países a crear o modificar todos los instrumentos legales y mecanismos necesarios para erradicar y detener la violencia contra las mujeres, incluida, la violencia familiar.

Al ratificar México esta Convención, se elevó a rango de ley por lo que resulta fundamental para orientar las acciones de las instituciones públicas y de la sociedad para abatir la violencia.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es la base del Sistema Jurídico de nuestro país, en ella se encuentran insertas las aspiraciones de los mexicanos, los intereses del Estado hacia sus gobernados y las estrategias legales para llevar a cabo sus fines. Por ello, se dedica todo un capítulo para reglamentar las garantías individuales de tal manera que la población en general pueda gozar de libertad, propiedad, igualdad y seguridad jurídica y social.

Así, una de las prioridades del Estado, es contar con hombres y mujeres sanos, (entendida la salud como el equilibrio físico y emocional del ser humano), que tengan las mismas oportunidades de desarrollo personal y profesional, fomentando siempre el respeto hacia la vida, la integridad de las personas y la solidaridad familiar. Por ello, ha encaminado acciones para combatir la violencia familiar, que ha tenido un incremento importante en los últimos años. De esta manera, la SSA, elaboró la NOM 190 que tiene como finalidad la aplicación de criterios para brindar atención médica integral a personas que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar.

A partir de las disposiciones contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Salud, se desprenden los demás ordenamientos que a nivel Federal y Local regulan estos servicios, y los procedimientos que han de seguirse para tal efecto.

De hecho, en antelación a la Primera Conferencia Mundial de la Mujer ocurrida en México en 1975, la igualdad del hombre y la mujer ante la ley se hizo explícita en el artículo 4º constitucional.

A pesar de ello, la desigualdad de oportunidades para hombres y mujeres, la violencia contra las mujeres es un fenómeno que, de manera cotidiana, ocurre en casi todos los países del mundo con niveles particularmente difíciles en países que como el nuestro, se encuentran aún en vías de desarrollo.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece garantías para todas las personas que se encuentren en el territorio, sin distinción de sexo, religión, raza, opinión política, condición socioeconómica o cualquier otra circunstancia.

Artículo 1º Del derecho a disfrutar las garantías individuales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4º Del derecho a la igualdad del varón y de la mujer ante la ley y del derecho a la protección de la salud

Ley General de Salud

Esta Ley es reglamentaria del artículo cuarto constitucional, que consagra el derecho de la protección a la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

La Ley General de Salud, es de observancia obligatoria y los ordenamientos estatales deberán apegar sus criterios a esta ley, de manera que puedan realizar las autoridades sanitarias acciones coordinadas en materia de prestación de servicios de atención médica.

Artículo. 2º Finalidades del derecho a la protección de la Salud

Artículo. 3º Atención médica en beneficio de grupos vulnerables en materia de Salubridad General

Artículo. 13º fr. IV Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones que en materia de salubridad general le corresponden a los gobiernos de las entidades federativas

Artículo. 27º Derecho a la protección de la salud

Artículo. 28º Atención médica

Artículo. 33º Actividades de la Atención médica

Artículo. 34º Tipos de Prestadores de servicios de salud

Artículo. 58º Participación de la comunidad en los servicios de salud en los sectores público, social y privado

Artículo. 110º Concepto de promoción de la salud

Artículo. 112º Objeto de educación para la salud

Artículo. 169º Para fomentar el desarrollo de programas de asistencia social en coordinación con otras dependencias y entidades del sector salud

Artículo. 171º El sector salud deberá brindar atención preferente a menores, ancianos y sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra su integridad física o mental

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986

Artículo. 7° Establece las definiciones de establecimiento para la atención médica, demandante, usuario, paciente ambulatorio

Artículo. 9° La práctica médica se debe sujetar a los principios científicos y éticos que la orienten

Artículo. 19° Indica las obligaciones de los responsables de los establecimientos de atención médica

Artículo. 46° Señala la obligación de las instituciones de salud de establecer procedimientos de orientación y asesoría para los demandantes y usuarios sobre el uso de los servicios que requieran

NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención de la Violencia Familiar

Esta disposición, entró en vigor el 9 de marzo de 2000 y determina los criterios para la atención médica integral a los usuarios, estableciendo la obligación para todas las instituciones y dependencias que presten servicios de salud, de otorgar atención médica a los afectados de violencia familiar. Un aspecto muy importante en esta norma, es que se pretende que el equipo multidisciplinario que atienda estos casos, tenga la suficiente sensibilidad para conocer del caso y tenga ante todo respeto hacia la confidencialidad y dignidad humana.

Esta norma es un instrumento para atender en los establecimientos de salud a las personas involucradas en situación de violencia familiar, y para contribuir a la prevención de la misma.

Para los fines del tema que nos ocupa se mencionan por su relevancia los siguientes numerales:

Numeral 1.-Objetivo: Criterios a observar

Numeral 4.- Definiciones

- Atención Médica de la Violencia Familiar
- Abandono
- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Maltrato sexual

Numeral 5.- Generalidades

- De la obligación de las instituciones
- Obligación de los prestadores de servicios de salud
- Dar aviso al Ministerio Público

Código Civil para el Distrito Federal

En el Código Civil se contempla como causal de divorcio necesario la violencia familiar y limita la patria potestad en caso de violencia familiar, asimismo considera la pérdida de los derechos sucesorios que se tengan respecto de la víctima.

Nuevo Código Penal para el Distrito Federal

En 1997 el Poder Ejecutivo Federal propuso nuevas modificaciones al Código Penal, al tipificar la violencia familiar como delito.

En los casos en que la violencia tenga como víctimas a niños y niñas y a las personas con discapacidad física o mental o bien que no puedan resistir alguna agresión, se trata de delitos que deben ser perseguidos de oficio por la Procuraduría General de Justicia.

Artículo 200. Se le impondrán de seis meses a cuatro años de prisión, pérdida de los derechos que tenga respecto de la víctima, incluidos los de carácter sucesorio y en su caso, a juicio del juez, prohibición de ir a lugar determinado o de residir en él, el cónyuge, concubina o concubinario, o el que tenga relación de pareja, pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin limitación de grado, al pariente colateral consanguíneo o afin hasta el cuarto grado, al tutor, al curador, al adoptante o adoptado; que:

I. Haga uso de medios físicos o psicoemocionales contra la integridad de un miembro de la familia, independientemente de que se produzcan lesiones; o

II. Omita evitar el uso de los medios a que se refiere la fracción anterior.

Asimismo, al agente se le sujetará a tratamiento psicológico especializado, que en ningún caso excederá del tiempo impuesto en la pena de prisión, independientemente de las sanciones que correspondan por las lesiones inferidas o por cualquier otro delito que resulte.

La educación o formación del menor no será en ningún caso considerada justificación para forma alguna de maltrato.

Este delito se perseguirá por querrela, salvo que la víctima sea menor de edad o incapaz.

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal

A partir de la toma de conciencia sobre el problema de la violencia familiar y sus implicaciones sociales por parte de las autoridades del Distrito Federal, en abril de 1996, la entonces Asamblea de Representantes del Distrito Federal, aprobó una

propuesta mediante la cual se creó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar que impulsó el establecimiento de un Consejo, dos Unidades de Atención y un albergue para atender a quienes sufren violencia familiar. La Ley fue reformada en junio de 1998, para cambiar su nombre y establecerse como a Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, ampliando así su marco de acción, al incluir relaciones de hecho, y relaciones interpersonales pasadas o presentes, sin limitar a aquellas que vivan bajo el mismo techo.

Siendo pionera en su tipo a nivel nacional, la ley tiene un carácter administrativo que define las tareas de las distintas instancias del Gobierno del Distrito Federal para la asistencia y prevención de la violencia familiar.

Tratados Internacionales Suscritos y Ratificados por nuestro país

En el plano internacional México es estado parte de diversos tratados y convenciones en contra de la violencia en todas sus formas, comprometiéndose a realizar acciones tendientes a reducirlas, y porque no a eliminarlas del ámbito nacional.

Cabe señalar que, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella, así como los Tratados Internacionales que estén de acuerdo con ella, celebrados por el Presidente de la República, con aprobación del Senado integran la Ley Suprema de toda la Unión.

Por lo anterior, los Tratados Internacionales suscritos por México y ratificados por el Senado son obligatorios y los compromisos plasmados en ellos deben cumplirse a través de políticas, programas, incorporación de nuevos derechos a la Ley fundamental, realizando reformas o derogación de leyes internas.

- Convención Sobre La Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (Firmada y Ratificado en 1980)

Establece en su artículo. 1º, por discriminación contra la mujer se entenderá: "toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera."

De manera importante en su artículo 12 destaca el compromiso de los Estados para adoptar:

1º.- "Todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica inclusive los que se refieren a la planificación de la familia",

y en su párrafo 2.- indica "sin perjuicio de lo anterior los estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando así fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia".

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. (Ratificado en 1996)

Artículo 1º Define lo que es violencia contra la mujer: "cualquier acto, acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado".

Artículo 2º Menciona que la violencia contra la mujer, puede ser: física, sexual o psicológica.

Artículo 3º declara que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 7º Define que los Estados parte condenan todas las formas de violencia contra la mujer y se comprometen en adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, por lo anterior: incorporarán normas penales, civiles y administrativas y de otra naturaleza a fin de erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas necesarias.

Artículo 9º dispone que los Estados Partes en forma especial consideran "la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón... de su raza o de su condición étnica,... En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana o está en situaciones socioeconómicas desfavorables.

- Convención sobre los Derechos del Niño (1990)

Art. 1º Establece el concepto de niño, como: "es todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Y en su artículo 3º, párrafo tercero.- señala que los Estados Partes convienen en asegurar" que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado de los niños cumplan las normas

establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de sanidad".

Art. 19 párrafo I menciona el compromiso de adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas tendientes a la protección del niño contra "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, representante legal o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo".

Artículo 24 párrafo 1 declara que los Estados Partes "reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud." Así mismo señala que se comprometen a garantizar que a ningún niño le sea privado el disfrute de su derecho de los servicios sanitarios mencionados.

Por lo anterior, los Estados Partes adoptarán entre otras medidas las siguientes:

- "reducir la mortalidad infantil y en la niñez"
- asegurar la prestación de la Asistencia Médica y la Atención Sanitaria necesaria a todos los niños, principalmente la atención primaria de salud.
- desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar, etc.,

El conjunto de estas disposiciones internacionales, nacionales y locales conforman el marco jurídico para prevenir atender y sancionar la violencia, sin embargo, el que existan no garantiza una adecuada intervención por parte las instituciones ni de los gobiernos.

Sistematización

2.4.1 Conceptos

Generalmente, el término sistematización se ha relacionado con ejercicios que hacen referencia al rescate cuantitativo y cualitativo de experiencias relevantes de los trabajadores sociales, para poder teorizar esas prácticas y compartir con otros lo aprendido.

La sistematización es una metodología que permite ordenar y organizar los procesos, la elaboración, la evaluación y los resultados de programas y/o proyectos realizados o bien las experiencias o información de tal manera que sea posible encontrar la relación y coherencia de cada proceso que permita identificar deficiencias y articular propuestas para regresar a la práctica con un plan de acción o intervención desde una perspectiva diferente.

Por ser la sistematización, el método idóneo para recuperar una experiencia profesional del trabajador social, es que se utilizó en el presente trabajo, ya que permite tener una comprensión más profunda de las prácticas profesionales que se realizan con el fin de mejorarlas, asimismo permite compartir lo aprendido en la práctica.

La sistematización se centra en la dinámica de los procesos, relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórico social.⁵⁶

Oscar Jara señala que la sistematización tiene dos metas fundamentales:

- 1) apunta a mejorar la práctica, la intervención, desde lo que ella misma nos enseña.
- 2) aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad.⁵⁷

Tareas globales que se cumplen en la sistematización

1. Descripción
2. Análisis de los hechos y procesos
3. Instrumentación para la vuelta a la acción

⁵⁶ Sandoval, Avila Antonio, Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social pp.113-115, editorial Osvado Dubini, ciudad autónoma de buenos aires 2001

De los conceptos señalados anteriormente se considero que el objeto de la sistematización es la práctica, que la sistematización facilita hacer una interpretación crítica de la práctica e ir dando orden al proceso vivido, que permite hacer una reflexión sobre el desarrollo de la experiencia, lo que estuvo bien y lo que estuvo mal para regresar a ella y mejorarla. Asimismo brinda la posibilidad de comprender cómo se desarrolló la práctica, visibiliza lo aprendido en la práctica para poder compartirlo.

2.4.1.1. Objetivos del método de sistematización

Con base en una revisión teórica, la sistematización contempla como objetivos principales los siguientes:

- Rescatar experiencias para poder teorizar la práctica y poder encontrar así las leyes que la rigen, para regresar nuevamente a la práctica social, pero de una manera mejor preparada y programada.
- Permite llegar a la construcción de teorías, superar lo pragmático, o sea, llegar al conocimiento científico.
- Ayuda a dirigir la práctica misma, ya que a través de este proceso se puede ir programando las actividades a futuro, considerando aquellos momentos relevantes que influyen en el trabajo que se esté llevando o pretenda llevarse a cabo.
- Recuperar las experiencias y analizarlas para detectar errores, confusiones y aciertos, para buscar la manera de superar dichos errores y que en la práctica sea posible reflejarlo.

De tal forma que integra teoría y práctica, que nos ayuda a interpretar de acuerdo a determinada visión teórica.

Al escribir y analizar las experiencias estamos generando conocimiento.

2.4.1.2 Modelo del Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social

El proceso de sistematización del presente trabajo se apoya en el modelo propuesto por el Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social (CELATS), quien la define como aquel proceso que describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de trabajo social con respecto a los siguientes aspectos:

- a) Teórico y metodológicos
- b) Contextuales, tanto institucionales como histórico – sociales
- c) Las interacciones de los varios actores que participaron en la práctica
- d) Los procesos que se llevan a cabo, incluyendo el análisis tanto de los que apoyan como de los que dificultan las acciones en la práctica.
- e) Los resultados de la experiencia
- f) El desarrollo de algunas generalizaciones que se pueden extraer a partir de la práctica

Fases de la Sistematización Propuestas por el Modelo del CELATS:

- 1. Descripción del desarrollo de la experiencia
- 2. Marco teórico conceptual en el que se inscribe la experiencia
- 3. Contexto en el que se inscribe la experiencia y su relación con el ámbito del proyecto
- 4. Intencionalidad de la experiencia
- 5. Estrategia metodológica que se implementó
- 6. Análisis del desarrollo de la experiencia
- 7. Resultados de la experiencia
- 8. Conclusiones, hipótesis y perspectivas generales que abre el trabajo

2.4.1.3. Propuesta Escuela Nacional De Trabajo Social

Complementariamente se utilizó el modelo de presentación de informe de sistematización de la experiencia profesional propuesto por la Sección Académica de Tesis y Exámenes Profesionales de la Escuela Nacional de Trabajo Social, que incluye los siguientes apartados:

1) Elementos Generales

Ubicación contextual, cuándo surge, cómo surge la violencia basada en el género, se identifica el ámbito de trabajo, se describen las características del programa y del equipo participante.

2) Marco teórico conceptual,

Conjunto de conceptos, que orientan de manera general la reflexión y el análisis en torno a la violencia basada en el género.

3) Metodología de intervención,

Se intenta organizar esquemáticamente la metodología de intervención, se da una definición conceptual de la metodología que se utilizó, los pasos metodológicos que se siguieron, así como una explicación de los métodos y técnicas que se usaron.

4) Desarrollo y análisis de la experiencia con relación a cada capítulo,

Se hace un relato del tipo de trabajo realizado y comprende el período en el cual tuvo lugar, personas que participaron, caracterización del lugar en el que se desarrolló la experiencia, objetivo del trabajo y actividades que se realizaron.

5) Análisis del desarrollo de la experiencia

Contradicciones con las que el programa se ha encontrado, las dinámicas generadas entre los participantes, con sus organizaciones, con el equipo profesional y con la institución.

6) Conclusiones del desarrollo de la experiencia.

7) Propuesta

Con base en el desarrollo de la experiencia se elabora una propuesta de intervención

8) Bibliografía.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

3.1 Justificación

Basarse en la planeación estratégica para el diseño y desarrollo de este programa fue disposición de las autoridades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

El nacimiento del programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género estuvo a cargo de las autoridades de la Secretaría de Salud del DF y respondió a una política pública de reciente diseño que no preveía la disponibilidad de insumos.

La planeación y programación tradicional requiere de tener controladas la mayoría de las variables de la institución y del contexto gubernamental, situación que no se presentó al inicio del programa.

Por otra parte se requería de más claridad por lo que se buscó utilizar una metodología que tuviera la posibilidad de ser flexible para reconocer las características del ambiente en que el nuevo programa se iba a insertar, los Objetivos, la Misión y la Visión, pero más aún el reconocimiento de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que estaban presentes. También obligaba a reconocer aquellos actores relevantes que tendrían que participar en los procesos de operación del programa.

Considerando que la planeación estratégica es como “un proceso en virtud del cual la alta gerencia establece las metas de la organización y selecciona los medios para conseguirlas”, y que se “considera como la movilización de todos los recursos de la organización en el ámbito global, tratando de alcanzar objetivos de largo plazo” fue que se consideró que este tipo de planeación nos posibilitaba un mejor método para diseñar programas en un entorno cambiante.⁵⁸

⁵⁸ Stoner James, 1989

3.2 Conceptualización

La planeación estratégica aparece formalmente a partir de 1970, desde entonces ha sido objeto de múltiples análisis y publicaciones.

La planeación estratégica consiste en fijar unos objetivos, calcular unas previsiones y tratar de cubrir "el gap" por medio de alternativas estratégicas.⁵⁹

La planeación estratégica es como un proceso en virtud del cual la alta gerencia establece las metas de la organización y selecciona los medios para conseguirlas.⁶⁰

La planeación estratégica se considera como la movilización de todos los recursos de la organización en el ámbito global, tratando de alcanzar objetivos de largo plazo.

Es la fórmula para alcanzar el éxito en el mundo de los negocios, es el plan para lograr el mejor rendimiento de los recursos, la selección de la clase de negocios en qué participar y el esquema para obtener una posición favorable en el mercado. Es la estructura para establecer relaciones con el siempre cambiante mundo exterior.

Es la forma por medio de la cual una corporación canaliza esfuerzos para diferenciarse positivamente de su competidor, utilizando sus ventajas relativas para satisfacer mejor a sus clientes.⁶¹

Kenichi Ohmae

La planeación estratégica es un enunciado para la organización sobre sus prioridades de inversión. La penetración de la gerencia y la forma como utilizará sus ventajas y corregirá sus limitaciones para perseguir oportunidades y evitar amenazas.

La planeación estratégica es un proceso de participación estructurada que permite decidir en la actualidad el rumbo y desarrollo de la organización a lo largo del tiempo en atención a su misión.

Para Joseph Quigley P.199, la planeación estratégica es el proceso de gestión administrativa cuyo objetivo busca convenir la visión en realidad.⁶²

⁵⁹ Maqueda, Javier, 1996

⁶⁰ Stoner James, 1989

⁶¹ Ohmae, Kenichi, 1982

⁶² Quigley Joseph, 1996

Para Kenichi Ohmae, (1988:37) la planeación estratégica tiene como único propósito el permitir que la compañía obtenga, con la mayor eficacia posible una ventaja sostenible sobre sus competidores.⁶³

De acuerdo a George Steiner (Steiner, 1983:20) la planeación estratégica formal debe describirse desde varios puntos de vista.⁶⁴

Que con relación al porvenir de las decisiones actuales

La planeación estratégica observa las alternativas de acción y toma decisiones en la presente, identificando las oportunidades y peligros con el fin de diseñar un futuro deseado e identificar las formas de lograrlo.

Proceso

Es un proceso continuo, que se inicia con el establecimiento de objetivos, implantando estrategias y desarrollando planes detallados, y se decide de antemano cuándo y cómo debe realizarse, quién lo llevará a cabo, y qué se hará con los resultados.

Filosofía

Es una actitud, una forma de vida, representa un proceso mental, una parte integral de la dirección.

Estructura

La planeación estratégica une tres tipos de planes: los planes estratégicos, los programas a mediano plazo, presupuestos a corto plazo y planes operativos.

La planeación estratégica es el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una compañía para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicos, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la compañía. Javier Maqueda (1996:12) menciona algunos de los principios aceptados como fundamento de los sistemas de planeación.⁶⁵

El tomador de decisiones tiene dos áreas de responsabilidad muy importantes relacionadas con la planeación. La primera está relacionada con el mejoramiento, monitoreo y control de los negocios y sistemas actuales, la segunda está relacionada con la definición, creación, implantación y protección de los negocios futuros en los que intervendrá el sistema. La planeación estratégica es un recurso disponible para planear los negocios futuros.

⁶³ Ohmae, Kenichi, 1988

⁶⁴ Steiner George, 1983

⁶⁵ Maqueda, Javier, Op. Cit.

La planeación estratégica

- a) está relacionada con el producto del sistema y de la manera en que aquel satisface las necesidades del medio.
- b) Ayuda a encontrar las oportunidades y amenazas del medio con el que interactúa el sistema.
- c) Ayuda a definir lo que el sistema deberá estar haciendo en el futuro.
- d) Es un método que ayuda a tomar decisiones para modificar los negocios de hoy.
- e) Es un método para asignar recursos en apoyo de los negocios futuros.
- f) Es un proceso para seleccionar el camino que conducirá de los negocios de hoy a los negocios futuros.⁶⁶
- g) Es un método para lograr una transición ordenada y protegida para el futuro.⁶⁷

La planeación estratégica es una transición ordenada entre la posición que una organización tiene ahora ya la que desea para el futuro; es un proceso para buscar respuesta a tres preguntas torales:

¿Dónde estamos? (Posicionamiento actual)

¿A dónde vamos? (posicionamiento descriptivo acorde a las tendencias)

¿A dónde deberíamos ir (Posicionamiento normativo)⁶⁸

3.3 Etapas

- 1) La misión de la organización.
- 2) La visión de la organización.
- 3) La identificación de los valores fundamentales para el logro de objetivos.
- 4) La elaboración de un análisis situacional, identificándose:
 - a) Diagnóstico externo. Amenazas y oportunidades
 - b) Diagnóstico Interno. Fortalezas y debilidades
 - c) Priorización

⁶⁶ Ramón de la Peña manrique. Manual del consultor en planeación, Noriega editores, Editorial Limusa México 1994

⁶⁷ Ibid ,

⁶⁸ Martínez Villegas Fabian, Planeación estratégica Creativa, Editorial PAC, SA de CV, México DF, 1997

- 5.- La identificación de los objetivos estratégicos a desarrollar, teniendo como punto de partida al análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).
- 6.- identificar las estrategias para el logro de los objetivos, sugiriéndose que se utilicen dos herramientas la matriz FODA y la matriz de posicionamiento.
- 7.- Elaboración de un plan estratégico.
8. Investigación

3.4 Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de la Planeación Estratégica se consideran las siguientes:

Técnicas.

- Técnicas propias de la planeación estratégica, diagnóstico situacional interno y externo, análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; matriz de priorización y de posicionamiento; Técnica de estructura organizativa para determinar la forma de presentación de plan.
- Técnicas de investigación documental para la identificación y procesamiento de información relevante para el diseño del Plan.
- Selección de expertos y de personas con capacidad y recursos para la toma de decisiones, representantes de las unidades administrativas de la Secretaría.
- Dinámicas grupales para la integración del diagnóstico situacional, ponderación de actores relevantes, establecimiento de prioridades, diseño de estrategias y construcción de objetivos, mediante lluvia de ideas y Philips 66.
- Entrevistas a funcionarios responsables de programas y a personas receptoras y generadoras de violencia basada en el género.
- Análisis de estructura, proceso y resultados. Identificación de recursos materiales, financieros y humanos disponibles para la ejecución del plan; identificación de los métodos y técnicas que la institución utiliza para la realización de sus procesos de atención, por ejemplo la programación por objetivos, la programación operativa anual, el diseño de sistemas, etc.; Y evaluación de las acciones y actividades realizadas con relación a los objetivos diseñados para determinar el impacto de las actividades realizadas.

- Aplicar guías de entrevista a personas, cédulas de identificación de riesgo de violencia basada en el género.

La planeación estratégica se auxilia de algunas técnicas matemáticas, estadísticas, presupuestales, programas de computación y otras, pero los resultados y la calidad de la información que proporciona no necesariamente están en función de esas técnicas, sino de cómo la alta dirección maneje y procese dicha información, mediante su imaginación, creatividad y juicio analítico. La planeación estratégica, más que un conjunto de técnicas específicas es una forma de pensar, una actitud y un modo de vida organizacional.⁶⁹

La planeación estratégica es un proceso acucioso de recopilación de información, de analizarla, de escudriñar el futuro, de producir ideas y de formalizar planes. Es un recorrido oportuno que sigue una metodología, aplica varias técnicas y cuenta con la capacidad analítica creativa de quienes participan en la formulación de planes estratégicos.⁷⁰

En el desarrollo de la Planeación estratégica en el Programa de violencia de género se utilizaron los siguientes instrumentos:

Instrumentos.

- Fichas bibliográficas y hemerográficas.
- Fichas de trabajo de tipo textual, de resumen y de comentarios personales, y mixtas
- Cuestionarios o cédulas de detección.
- Cronograma de actividades.
- Tablas de concentración de datos

⁶⁹ Ibid.,

⁷⁰ Ibid.,

CAPÍTULO IV

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1 Antecedentes de la participación en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género

La participación en las actividades relativas a la violencia de género se dio en el año de 1998 con la integración al grupo interdisciplinario formado por médicos, licenciados en derecho, sociólogos y trabajadoras sociales que colaboraban en la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del DF. Este equipo se dio a la tarea de buscar información sobre el tema, desde la perspectiva legislativa, y se abocó al análisis de la violencia intrafamiliar para sustentar una reforma a la ley vigente. En este periodo, de abril a septiembre de 1998, la participación fue como pasante de licenciatura en Trabajo Social en la Comisión de Salud de dicha Asamblea Legislativa, buscando cumplir con el requisito del servicio social. Previa introducción se realizaron diversas actividades relacionadas con la carrera y de acuerdo al perfil profesional del trabajador social, entre ellas la investigación, revisión y redacción de comentarios de diferentes disposiciones legales que normaban la violencia familiar a nivel federal y local; gestión social, estudios socioeconómicos, diagnósticos situacionales, coordinación interinstitucional, organización de foros de consulta entre otras.

De manera paralela, se atendían a diversas personas que acudían a solicitar apoyo del Presidente de la Comisión, en especial por problemas en la atención en servicios de salud, realizando la identificación de qué institución podría dar el servicio y gestionando su atención. Se colaboró en la organización de foros de consulta en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal fomentando la asistencia de Asociaciones Civiles, Organizaciones No Gubernamentales, a la sociedad civil, a diferentes órganos de gobierno y cualquier persona con interés de participar con propuestas, puntos de vista y opiniones en materia de salud y asistencia social con la finalidad de integrar un proyecto de reforma a la Ley de Salud del Distrito Federal.

Se participó también en un proyecto de investigación socio-médica a nivel nacional denominado "Estrés Psicosociales de la Toxemia del Embarazo", a través de la aplicación de cuestionarios a mujeres adolescentes embarazadas, con este estudio se buscó demostrar la participación del estrés en la aparición de la toxemia del embarazo en adolescentes. Otro producto del servicio social fue el diseño y elaboración de un directorio de las instituciones de asistencia privada que proporcionaban servicios de salud y atención médica en el Distrito Federal.

Para enero del año 2000 se crea en la Secretaría de Salud del Gobierno Distrito Federal, la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, como respuesta a la necesidad de facilitar que el personal de las unidades médicas del sector salud buscaran mecanismos para ampliar los servicios de atención médica que ofrecen a la población del DF. Dentro de las facultades de esta Dirección están el desarrollo de actividades de carácter estratégico que pudieran ofrecerse para ampliar la oferta de servicios a los ciudadanos, entre otras obligaciones se responsabilizó a esta área para que diseñara un programa específico para el combate de la violencia de género.

Dado que la estructura de servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal está compuesta por diversos centros de atención médica tanto ambulatorios como hospitalarios, en donde se atendían casos de violencia asociados fundamentalmente a accidentes y lesiones físicas intencionales; pero la identificación y atención de otro tipo de violencia como la de género no era frecuente; situación que se considero para encomendar a esta Dirección el diseño de un proyecto de intervención para participar en la solución de este tipo de problemas.

En enero del año 2000, se recibió la invitación del Dr. Ángel González Domínguez, con quien en años anteriores se había colaborado en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en el tema de violencia familiar, para laborar en la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial en el puesto de analista especializado.

La integración a ésta área fue debido a la experiencia previa en el tema y por tener un perfil profesional acorde a las necesidades del proyecto, como contar con el nivel mínimo de estudios a nivel licenciatura y antecedentes laborales en materia de violencia.

Se llevó a cabo la presentación de la que suscribe con los subdirectores de las áreas que conforman esta dirección y con las personas que directamente participan en el Programa de Violencia de Género, dos subdirectores y tres médicos, este pequeño equipo se integraba exclusivamente por médicos con experiencia en el análisis de problemas de salud y en la atención médica.

Al integrarme a la Dirección participé en el proceso de inducción a las actividades en la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial de la Secretaría de Salud se conoció la forma de organización y las funciones que desarrollaba cada una de las áreas, además del personal encargado de cada puesto. Posteriormente se dio la inserción en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género, en el que inicialmente se proporcionó información de diversos tipos, como el perfil requerido para el puesto, asignación de un espacio físico para laborar, con quien se establece la coordinación, el jefe inmediato, etc., con el fin de identificar el ámbito de trabajo y los alcances del proyecto. Durante este periodo se logró

conocer a cada uno de los integrantes del grupo con los que se abordaban temas del ámbito de la psicología, de comportamiento social, de índole legal y de atención médica relacionados con la violencia de género.

El proceso de inducción coincidió con el desarrollo del diseño del Plan Estratégico que posteriormente se convertiría en el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género, en el que se participó en la planeación y operación en cada una de las etapas de su diseño e instrumentación. Por esta razón y debido a que no existía antecedente previo de este tipo de actividades, el proceso de inducción no fue prolongado.

Al mismo tiempo se formó parte de un grupo de trabajo ampliado en el que se encontraba el personal profesional de las áreas normativas del primer nivel de atención y de los hospitales que forman parte del segundo nivel de atención médica entre ellos, médicos generales, médicos especialistas, sociólogos, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales. En este grupo multidisciplinario de manera coordinada se trabajó el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género bajo la conducción de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial.

El equipo de trabajo del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género estuvo coordinado por una Médica adscrita a la Dirección de Coordinación Sectorial, quien depende del Director, por lo que la relación es estrecha. El equipo está compuesto por tres médicos y una trabajadora social. Existen tareas asignadas a cada uno de ellos y la mayor parte de los asuntos los trabajan mediante el establecimiento de consensos en el equipo.

Descripción de actividades:

Médico 1. Su tarea central fue la conducción de las actividades de sensibilización y capacitación al personal de salud, en el que se planearon los cursos dirigidos a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos que se imparten en los centros de salud y hospitales del Gobierno del Distrito Federal, así como los que se realizan con el IMSS, el ISSSTE y la Universidad, además de seleccionar y diseñar materiales educativos para utilizar en dichos eventos.

Médico 2. Tuvo como tarea fundamental el diseño y operación del sistema de información de la violencia de género de la secretaría de Salud, para lo cual se coordinó con las áreas normativas de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y de la Dirección General de Servicios de Salud Pública.

Médico 3. Fue responsable de dar seguimiento a los asuntos relativos al componente de Prevención para lo que se generan diversas publicaciones dirigidas al público en general, como son carteles, dípticos y manuales de

capacitación dirigidos al personal de salud de la Secretaría, además de formular evaluaciones periódicas al desarrollo del programa. Una tarea central que realizó fueron las presentaciones de informes en diferentes eventos nacionales y dentro del Distrito Federal, así como la representación ante diversas instituciones de salud y de desarrollo social.

Trabajadora Social. La participación de trabajo social se centró en tres vertientes fundamentales para su quehacer profesional de acuerdo a:

a) Coordinación sectorial:

Se encargó de establecer reuniones y acuerdos con diferentes instancias del Gobierno del Distrito Federal para la realización de acciones coordinadas en sensibilización y capacitación; difusión de información y apoyos en general; también se propusieron y se elaboraron acuerdos de colaboración entre las dependencias y se identificó a los responsables de las instituciones que participaron como enlaces.

b) Referencia y contrarreferencia de personas identificadas con problemas de violencia de género:

Este componente está estrechamente ligado con el anterior. En esta vertiente se participó en el diseño de un sistema para tal efecto, se establecieron los alcances de la colaboración de otras instituciones en la recepción de personas víctimas de maltrato, se generaron entrevistas con los responsables y se refirieron personas a otras instituciones asimismo se dio seguimiento a casos específicos.

Es decir, cuando en los servicios que otorga la Secretaría de Salud se detecta o se sospecha que un usuario o derechohabiente es víctima de violencia, primeramente se le da la atención médica requerida, posteriormente se indaga sobre la posible situación de violencia.

c) Formulación de acuerdos para la obtención de recursos materiales adicionales para el funcionamiento del Programa:

Este último implicó el análisis situacional de cada caso y la distinción de cuáles eran las instancias más adecuadas para atenderlos de acuerdo a su perfil. En este apartado se establecieron las instancias correspondientes y se dio seguimiento a la adquisición y entrega de los apoyos a las unidades de atención médica.

Por otra parte, se participó también en el equipo de trabajo contribuyendo en el diseño de contenidos educativos para los cursos de sensibilización y capacitación

que se incorporaron en las cartas descriptivas y programas específicos para cada tipo de institución.

Las participaciones relevantes fueron el diseño, concertación y producción de los materiales de promoción que se generaron, sobre todo en los carteles, dípticos y spots de radio que se produjeron para la campaña "Una Vida Digna es una Vida sin violencia" con la que la Secretaría salió a los medios masivos de comunicación manifestándose en contra de la violencia de género, además daba a conocer y ofrecía sus servicios en relación a la atención de la violencia de género además de sensibilizar a la población en general especialmente a las mujeres, menores y adultos mayores que la violencia no es algo natural o normal y que de encontrarse viviendo alguna situación de violencia podía recurrir a los servicios que proporciona la Secretaría.

Por otra parte se participó en diferentes eventos de capacitación al personal de salud como docente, manejando temas del marco legal de la atención a la violencia y del sistema de referencia y contrarreferencia. Complementariamente se colaboró en todas las actividades de planeación, programación, operación y evaluación del programa de Violencia de Género.

4.2 Construcción del Marco Teórico

Como parte fundamental para echar a andar el Plan Estratégico y el Programa de Violencia era necesaria la construcción de un marco teórico que le diera sustento; por tal motivo se recibió instrucción del Director de Coordinación y Desarrollo Sectorial para la búsqueda de información conceptual sobre el tema de violencia de género.

La relevancia del marco teórico fue fundamental, sobre todo porque la información con la que disponíamos era de carácter general y no especializada. Su construcción también fue de particular interés debido a que en los grupos interdisciplinarios con los que trabajábamos se necesitaba contar con conceptos y categorías homólogos que fueron utilizados en las discusiones y elaboración de documentos.

Otra utilidad de la construcción del marco teórico fue la ubicación de fuentes confiables de información así como de autores relevantes que venían participando en la generación de conocimientos para el abordaje del problema. De la misma manera nos permitió identificar procedimientos, instrumentos y experiencias enfrentadas por los autores.

El proceso de captación de la información se dio en cinco fases:

1. Identificación de fuentes bibliohemerográficas sobre el tema de violencia y el género.
2. Identificación de los centros de información especializados en la materia.
3. Obtención de los documentos identificados.
4. Elaboración de fichas bibliográficas.
5. Integración del documento (Marco Teórico).

En lo referente a la identificación de fuentes bibliohemerográficas sobre el tema de violencia de género, cabe señalar que la formación académica, la experiencia y conocimiento que se tenía sobre el tema, así como lo establecido en diversos documentos normativos, e incluso la denominación de las instituciones, permitieron elaborar un listado de los documentos, lugares e instituciones y dependencias en las que fue posible encontrar información relativa a la violencia y específicamente a la violencia de género.

Para la identificación de los centros de información especializados en la materia una vez ubicadas las fuentes bibliohemerográficas, se ubicaron geográficamente y se hizo una selección de los materiales de consulta y de los centros de información.

Documentos consultados: Libros especializados en el tema, diccionarios, enciclopedias, revistas especializadas en violencia basada en género, legislación local e internacional sobre violencia, Internet, conferencias, Seminarios y congresos.

Entre otros centros se visitaron: Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México, Biblioteca de la Escuela Nacional de Trabajo Social, El Colegio de México, El Instituto Mexicano de la Juventud, Programa Universitario de Estudios de Género, El Instituto Nacional de las Mujeres DF y la Comisión de Equidad de Género de la ALDF.

En relación a la obtención de los documentos identificados, una vez localizados los centros de información, se acudió a dichos lugares y se consultaron los documentos antes referidos para encontrar definiciones, conceptos, datos estadísticos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Para la elaboración de fichas bibliográficas, una vez ubicada la bibliografía y localizados los centros de información así como los documentos de consulta se elaboraron fichas bibliográficas que permitieron establecer la información que contenía cada documento y lo cual facilitó la localización de los mismos.

Por último, para la integración del documento que conformó el marco teórico, una vez que se concluyó el proceso de investigación fue posible generar un documento integral que definió los conceptos a utilizar en el Plan Estratégico, tener un panorama general de la situación de la violencia de género tanto a nivel local, federal e internacional, así como identificar el marco legal que regula la violencia. Esta labor se realizó aproximadamente de enero a junio de 2000.

4.2.1 Selección y compilación de información relevante

El trabajo de investigación documental se inició retomando los avances que se tenían sobre temas de violencia en los trabajos realizados en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a través de ese proceso se identificaron diferentes medios de información que podían ser de utilidad, entre ellos revistas, periódicos, textos, libros y direcciones electrónicas.

A partir de la investigación documental, se abordó el desarrollo del marco teórico para integrar algunos elementos teóricos existentes sobre el problema, analizar la información empírica, secundaria o indirecta obtenida de distintas fuentes documentales y el manejo de información empírica directa mediante la observación y entrevistas con informantes (investigación de campo).

En primer lugar se consultó el reducido acervo bibliohemerográfico disponible en la Secretaría de Salud del DF., fue entrevistado el personal de salud que tenía experiencia en el manejo de estos temas, así como representantes de organizaciones no gubernamentales que disponían de información importante al respecto. De esta manera se hizo un acopio de información documental sobre todo de revistas y folletos que posibilitaron la localización de mayor información en bibliotecas y otras dependencias.

La revisión y recolección de material bibliohemerográfico sobre el tema de violencia familiar y violencia de género, se efectuó en tres visitas a la Biblioteca Nacional, cinco a la Biblioteca Central de la UNAM, seis visitas a la Biblioteca del Senado, en los que se consultaron en libros especializados sobre el tema como:

- Violencia Familiar de Jorge Corsi;
- Abordaje Interdisciplinario del Síndrome de la Mujer Maltratada;
- Estrategias para el Tratamiento y la Prevención de la Violencia Sexual;

- Atención a Personas Afectadas por Violencia Familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Salvador;
- Los Servicios de Salud; ante la violencia doméstica de Gillian Facucatt, Tere Venguer y Lydia Miranda;
- Mujeres, Empoderamiento y Justicia Económica, del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
- El Deber ser de las Mujeres. Una ojeada al pasado, Alatorre Wynter Edda
- El delito de ser mujer. Azaola, Elena.
- La perspectiva de Género. Una Herramienta para Construir la Equidad en la Familia y el Trabajo. México 1999.
- Violencia y lesiones. Rev. Salud Mental V, 15, no. 1.
- "El Rol del Personal de Salud en la Sociedad: Un enfoque Humanista". Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población. México 1999.
- "Los Servicios de Salud Ante la Violencia Doméstica. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.- México 1999.
- Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México 1979 – 1992. López, María Victoria et. al. Rev. Salud Pública 30 (1), México 1996.
- Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar Secretaría de Salud. NOM 190 SSA 1 – 1999. DOF 8 de marzo 2000.
- "México y las Convenciones Internacionales en Materia de Derechos Humanos. Tovar López, Lorena. México 1994
- Violencia doméstica. Valdéz, Rosario y Hume, Patricia. Cidhal Centro para Mujeres. México, 1998. Valdéz Santiago, Rosario.
- "Panorama de la Violencia Doméstica en México: antecedentes y perspectivas". Ponencia presentada en el VII Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México 1998.
- "Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Mental de las Mujeres: Análisis y Perspectiva en México".- Valdéz Rosario y Juárez Clara.- Salud Mental V. 21, No. 6, dic. 1998.

De la misma forma fueron consultados diferentes periódicos y revistas que abordaban el tema en cuestión, como son:

- La revista "Basta", un boletín sobre como integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva,
- Mejorando la vida de las mujeres;
- La revista género y salud en cifras, Vol.1, No. 1, No. 2 y No. 3 publicados en el 2003.
- La dimensión de la violencia contra las mujeres, derechos humanos de las mujeres de la serie Mujeres, Violencia y Salud;
- Igualmente se consultaron periódicos como el Reforma, la Jornada, Uno más Uno, entre otros

También participaron en la búsqueda de información para la estructuración del marco teórico los médicos integrantes del equipo, y algunos miembros del grupo de trabajo institucional. La mayor parte de las aportaciones de ellos fue en el terreno de la atención médica de la violencia y de las normas oficiales mexicanas que aplican a este tipo de actividades.

El conjunto de documentos encontrados fueron de utilidad para estructurar el marco teórico conceptual e identificar las perspectivas de abordaje del problema, así como para detectar las diversas experiencias que la sociedad ha desarrollado en la búsqueda de coadyuvar en la solución de la violencia de género, se obtuvieron datos acerca de las diversas variables sociales económicas y de salud que caracterizan el comportamiento de los riesgos y daños asociados a la violencia, fundamentalmente los datos fueron utilizados para:

- a) La estructuración del diagnóstico situacional del problema de la violencia de género en la Ciudad de México;
- b) Los contenidos de la información también se aplicaron para el diseño del Plan Estratégico para la Prevención y Atención a la Violencia de Género, y
- c) Para la atención de este problema .

La información seleccionada se utilizó para la creación de diversos documentos de trabajo como son programas de capacitación, manuales de procedimientos, creación del sistema de información, cédulas de tamizaje y de detección de maltrato o violencia de género e instrumentos de evaluación.

4.2.2 Definición de conceptos

La construcción del marco teórico permitió establecer los conceptos que se relacionan estrechamente con la violencia así como definir los que se manejaron en el presente trabajo.

Para definir los conceptos seleccionados se buscaron definiciones en diccionarios tales como Diccionario Porrúa de la Lengua Española, Diccionario de la Real Academia Española, Pequeño Larousse Ilustrado entre otros; posteriormente consulte enciclopedias como Encarta, Cumbre, etc.

Asimismo, se revisaron diccionarios especializados como diccionarios jurídicos, diccionarios médicos y de sociología.

Posterior a la búsqueda de definiciones en los diccionarios, enciclopedias y diccionarios especializados se buscó en libros o textos clásicos tales como:

- Violencia Familiar de Jorge Corsi;
- Abordaje Interdisciplinario del Síndrome de la Mujer Maltratada;
- Estrategias para el Tratamiento y la Prevención de la Violencia Sexual;
- Atención a Personas Afectadas por Violencia Familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Salvador;
- Los Servicios de Salud; ante la violencia doméstica de Gillian Facucatt, Tere Venguer y Lydia Miranda;
- Mujeres, Empoderamiento y Justicia Económica, del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
- El Deber ser de las Mujeres. Una ojeada al pasado, Alatorre Wynter Edda
- El delito de ser mujer. Azaola, Elena.
- La perspectiva de Género. Una Herramienta para Construir la Equidad en la Familia y el Trabajo. México 1999.

Por otra parte fueron consultadas revistas especializadas en el tema y artículos en diversas revistas y periódicos como:

- La revista "Basta", un boletín sobre como integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva,
- Mejorando la vida de las mujeres;
- La revista género y salud en cifras, Vol.1, No. 1, No. 2 y No. 3 publicados en el 2003.
- La dimensión de la violencia contra las mujeres, derechos humanos de las mujeres de la serie Mujeres, Violencia y Salud, entre otras.

Finalmente fueron revisados periódicos como el Reforma, la Jornada, Uno más Uno entre otros.

Después de la consulta en los diferentes documentos arriba señalados fueron elaboradas fichas bibliográficas y de trabajo.

La utilidad de la selección y compilación de información relevante, así como de la definición de conceptos fue:

- Conocer los sistemas de clasificación de la información/ palabras clave para la búsqueda de información;
- Identificar el acervo bibliográfico de las fuentes de consulta;
- Distinguir la producción de información sobre el tema como número de artículos, revistas, libros, etc;
- Ponderar la importancia que los autores dan al tema;
- Identificar los subtemas de actualidad.

4.2.3 Identificación del marco normativo

En esta tarea se revisaron diferentes documentos normativos con relación a la violencia, algunos de ellos son los siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

Ley General de Salud, Ley de Salud para el DF;

Ley de Prevención y Atención a la Violencia Familiar;

Código Penal para el DF, Código Civil para el DF y

Normas Oficiales Mexicanas, así como diversos instrumentos internacionales, entre otros.

De las normas mencionadas en el primer párrafo se hizo una revisión general y específica a los artículos relativos al tema de la violencia familiar.

Para la consulta de los documentos arriba mencionados se recurrió primeramente al acervo bibliográfico de la Secretaría de Salud, que aunque es escaso; en lo referente a legislación cuenta con un buen número de normas actualizadas.

Asimismo se consultaron diversas direcciones electrónicas para localizar los documentos internacionales relativos a la violencia y de los cuales México es miembro, y de igual manera se visitaron algunas bibliotecas como la biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, la del Instituto de Investigaciones Jurídicas, la Cámara de Diputados, la biblioteca del Colegio de México, entre otras.

En la revisión realizada a los artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encontró que en el capítulo I que alude a las garantías

individuales en el párrafo cuarto del artículo 4º se determina que "Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar", es precisamente en esta norma en que se establecen las bases para constituir una vida familiar sin violencia, y por otra parte, en el mismo artículo constitucional se establece que " los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral".

Con respecto a las leyes que se han impulsado en el país se consideró que determinan los fundamentos y alcances de la actuación de las instituciones públicas que atienden ese problema así como la sociedad civil este marco normativo resulta de fundamental importancia debido a que es el Estado y sus instituciones los obligados en atender y vigilar lo instruido en dichos ordenamientos, toda acción derivada de un plan o programa de atención y violencia de género deberá ser congruente con el marco normativo.

Dicho marco jurídico facilitó la elaboración de un diagnóstico situacional de la violencia, que permitió identificar un conjunto de signos para fijar el carácter peculiar de la violencia de género, para lo cual fue necesario la recopilación de documentos y contenidos relevantes, identificación de los aspectos que hay que atacar es decir fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

4.3 Diagnóstico situacional de la violencia de género

Para la elaboración del diagnóstico situacional de la violencia de género fue consultada bibliografía recabada en el apartado 4.2.1 Selección y compilación de información relevante, del presente trabajo que permitió ir determinando la situación que guarda el problema de la violencia de género tanto en el plano internacional, nacional, y a nivel del Distrito Federal.

Se detectó que en la calidad de vida de las personas afectadas por la violencia de género influyen profundamente factores sociales, culturales y económicos básicos, que varían de un lugar a otro. El conocimiento de esos factores básicos ayudó a identificar las áreas de acción más importantes en este análisis de la situación, se trató de identificar:

Quiénes son más vulnerables a la violencia de género y por qué; los obstáculos más importantes a los que nos vamos a enfrentar en la elaboración de una respuesta; y las oportunidades más prometedoras para lograr la expansión de la misma.

Primeramente se identificaron fuentes de información y reunieron los documentos pertinentes a la violencia basada en género posteriormente se analizaron los documentos recabados.

Esto fue posible a través de la búsqueda bibliográfica de la violencia de género, la asistencia a seminarios, talleres y conferencias sobre el tema, búsqueda de datos en directorios, contactos telefónicos, organización de mesas redondas y de discusión y de la preparación de citas y sesiones informativas con el equipo de trabajo en las que se discutieron los documentos analizados, además de identificar personas y organizaciones interesadas en el tema.

Como resultado se encontró lo siguiente:

- La Organización Mundial de la Salud reportó, a partir de 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países, que entre 20% y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos 1 de cada 5 mujeres ha sufrido una violación o intento de violación en el transcurso de su vida. (OMS,2000)
- Según el Banco Mundial, la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. (BID, 1993)
- La Organización Panamericana de la Salud en 1993, estableció que entre 45% y 60% de los homicidios contra mujeres se realizan dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son cometidos por el marido o el conviviente. (OPS, 1993)
- El primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud destaca que los eventos que suceden en los hogares no son mortales, pero tienen como consecuencias lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, y sus efectos sobre la salud pueden durar años y a veces se traducen en discapacidades físicas o mentales permanentes. (OMS,2000)
- De acuerdo al Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS, maridos, ex - cónyuges, novios, convivientes, son responsables de la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo. (Bruselas,2002).

Para elaborar la parte del diagnóstico en el plano nacional se revisaron encuestas hechas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI y algunos registros de la Secretaría de Salud Federal, notas en los periódicos y consultas en el Internet, obteniendo los siguientes datos:

- En México uno de cada tres hogares ha vivido maltrato emocional, intimidación, abuso físico, o abuso sexual (Encuesta sobre Violencia Familiar, INEGI, 1999).
- En México cerca del 90% de las mujeres que viven con una pareja hombre han sufrido alguna agresión psicológica, 16% intimidación, violencia física 15.5 % y abuso sexual 14%. (Secretaría de Salud 2000)
- Según la publicación Género y Salud, editada por la SSA, entre 1995 y 2001 cada ocho horas, fue asesinada una mujer y cada 50 minutos un hombre. (SSA, 1995)
- Entre el 88% y 90% de las personas que vivieron violencia familiar fueron mujeres. (Informe México, Simposio 2000: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas, diciembre 1999).

Respecto a la Ciudad de México se consultaron diferentes periódicos, Internet, libros, revistas especializadas en el tema y principalmente registros y encuestas hechas por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, obteniéndose los siguientes resultados:

- En un estudio de demanda de atención por lesiones intencionales en servicios de urgencias de hospitales del GDF se identifica que la violencia familiar representa el 19.6% de los casos; siendo mujeres el 72% y 28% hombres que se encuentran en alguna situación de violencia; en donde el principal agresor es la pareja y el grupo de edad más afectado es el de 30 a 34 años. (SSDF, 2000)
- Según una encuesta a mujeres que acudieron a los Centros de salud de la SSDF, se reportó que el 42% de ellas sufrió maltrato emocional, 32% maltrato físico, 14% sexual y 17% algún tipo de maltrato durante el embarazo. (GDF, SEDESO, 1999).
- De 106 adolescentes víctimas de violación atendidas en la clínica de abuso sexual del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México en 1995, 53.9% de ellas habían sido atacadas por un conocido, por lo general en su propio hogar. (Martínez – Ayala, et al. 1999)
- En el Distrito Federal durante el año 2001 se denunciaron, en promedio, 98.7 violaciones al mes y, 1,184 en el año. (PGJDF, 2002).

- En una revisión de 15,162 certificados de defunción por muerte violenta en la zona metropolitana de la Ciudad de México, (1993-1997) se identificó que el sitio de la muerte que predomina en la mujer es el hogar, el envenenamiento era 9 veces mayor entre las mujeres que entre los hombres y el homicidio por sumersión también tenía una proporción mayor en mujeres con relación a los hombres.

4.3.1 Identificación situacional del problema

Una vez que se tuvo un diagnóstico situacional del problema de la violencia hubo la necesidad de identificar la situación real del problema en nuestra institución, ya que derivado del diagnóstico nos dimos cuenta que la violencia de género es un problema de salud pública, que impacta a todos los sectores de la población, pero principalmente a los grupos más vulnerables y que en muchas ocasiones no encuentran la asistencia y protección que requieren en las instituciones encargadas de proporcionárselas.

Para identificar la situación que guarda la violencia respecto de los servicios que otorga la Secretaría de Salud del Distrito Federal fue necesaria la búsqueda de datos en los registros de la propia Secretaría, se realizaron entrevistas con expertos en el tema, además de entrevistar al personal que opera los servicios de salud del DF tanto en centros de salud como en hospitales, y para conocer la opinión que tienen de los servicios que ofrece la Secretaría en relación a la violencia fueron entrevistadas algunas usuarias; además se consultaron los programas gubernamentales que atienden la violencia.

De los registros revisados se concluyó que los servicios de la Secretaría son utilizados principalmente por mujeres, que es población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social y que en su mayoría son personas de escasos recursos económicos.

4.3.2 Diagnóstico de la institución. Estructura, funciones y servicios

A continuación se describen algunos aspectos que señalan el procedimiento del diagnóstico de la situación que prevalecía en la Secretaría de Salud y que motivaron el desarrollo del Plan Estratégico de Prevención y Atención de la Violencia de Género:

a) Diagnóstico de la institución

La parte más importante del diagnóstico de la situación que guardan las unidades de salud se realizó a través de la consulta de los sistemas de información establecidos por la Secretaría de Salud que de manera sistematizada reportan las

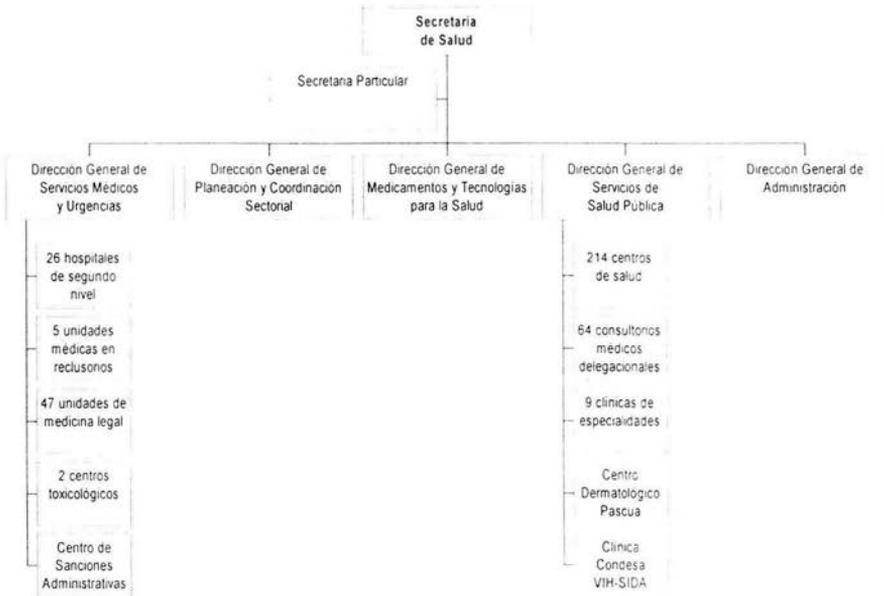
actividades de atención médica del primer y segundo nivel de atención. También se realizaron una serie de entrevistas con el personal médico, de enfermería, de psicología y trabajo social que trabaja en centros de salud y hospitales para conocer la experiencia al respecto y los problemas enfrentados en las acciones cotidianas, además de consultar a los responsables de la conducción de los programas de atención médica y de trabajo social que son afines al tema. Como resultado de este proceso de consulta se decidió crear un grupo de trabajo que representara a las diferentes áreas normativas de la institución, al que posteriormente se integró personal profesional con marcada experiencia en la atención de estos problemas.

En esta fase de integración de información para la elaboración del Diagnóstico se realizaron entrevistas con representantes de organizaciones civiles y se acudió a eventos de carácter académico para conocer la opinión de especialistas. Una fuente adicional de información fue la revisión de la normatividad establecida para la atención de la violencia la cual se comparó con los procedimientos establecidos por la Secretaría para cumplirla.

De las consultas y entrevistas señaladas en el párrafo anterior se detectó que la atención psicológica a usuarios se daba sin establecer un diagnóstico, asimismo se identificó que para la atención de casos de violencia no se coordinaban con las instituciones gubernamentales para dar una atención integral por otra parte no existía ningún programa específico de violencia de género.

Era importante conocer la estructura de la institución para identificar los niveles de mando y al personal operativo con que se contaba y a quienes estaba dirigido el programa.

b) Estructura orgánica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal



c) Funciones de la SSDF

- Despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud;
- Coordinar la participación de todas las instituciones de los sectores públicos, social y privado en la ejecución de las políticas de salud;
- Planear, organizar, dirigir, operar, controlar y evaluar el sistema de salud;
- Coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones que en materia de salud realicen las Delegaciones;
- Planear, dirigir, controlar, operar y evaluar las instituciones de prestación de servicios de salud a población abierta;
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado;
- La Ley de Salud del DF le confiere la calidad de órgano normativo y rector del Sistema de Salud en el DF.

d) Servicios médicos que se otorgan

Centros de Salud del GDF

1. Consulta externa general y de especialidad
1. Estudios de laboratorio
2. Rayos X
3. Consulta odontológica
4. Medicamentos autorizados gratuitos

Hospitales del GDF

1. Consulta externa general y de especialidad
2. Terapia de rehabilitación
3. Estudios de laboratorio
4. Rayos X
5. Atención del embarazo y parto
5. Consulta odontológica
6. Atención de urgencias
7. Hospitalización
8. Medicamentos autorizados gratuitos

4.4 Diseño del Plan Estratégico

Del diagnóstico anterior se desprendió la necesidad, por parte de la Secretaría de Salud del DF, de diseñar un Plan Estratégico de Atención y Prevención a la Violencia de Género para el período 2000 – 2006, como elemento central que permitiera planear el futuro, a fin de tener la mayor capacidad de respuesta ante la problemática planteada.

Dicho Plan se establece como el instrumento para la definición de las políticas en la materia en el Sistema de Salud del DF, con el propósito de establecer líneas de acción y estrategias para la prevención, detección, atención y referencia de casos con el fin de limitar este problema social y de salud.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, en cumplimiento de la responsabilidad de establecer políticas de salud en la materia, y como integrante del Consejo de Atención y Prevención de la Violencia Familiar del DF, identificó la necesidad de desarrollar diversas iniciativas sobre el tema, mismas que requirieron reforzarse mediante el establecimiento de mecanismos generales y operativos que posibilitaran y estimularan la acción conjunta en la prevención y control de este fenómeno. Por lo que se consideró importante la limitación de este problema a un mediano plazo, mediante actividades conjuntas del gobierno y la sociedad, buscando lograr un mayor impacto.

Este Plan fue resultado del reconocimiento que la Secretaría hace sobre los graves riesgos, daños y desventajas que ocasiona este fenómeno a más de la mitad de la población de esta Ciudad. El papel que esta Secretaría tiene en este esfuerzo de concertación y coordinación, es ofrecer atención integral a la problemática de violencia de género, a través de las diferentes unidades de atención médica con que cuenta el Sistema de Salud del DF.

En el diseño del Plan Estratégico de Prevención y Atención de la Violencia de Género, participaron diferentes personas coordinados por el director del área, tres médicos y la que suscribe, además del grupo ampliado conformado por expertos o interesados en el tema que representaban las diferentes áreas y niveles de atención de la Secretaría y de otras dependencias de gobierno como la Secretaría de Desarrollo Social del DF, el DIF DF entre otras. Se sostuvieron alrededor de 20 reuniones en las que se discutió la elaboración y componentes estratégicos de dicho Plan.

En la elaboración de este Plan fue de gran utilidad el diagnóstico situacional de la violencia de género elaborado previamente, así como las entrevistas realizadas a expertos en el tema, las entrevistas realizadas al personal operativo de la SSDF y las practicadas a algunos usuarios, lo que permitió tener claridad en los

componentes estratégicos que había que abordar en los contenidos de dicho Plan, el propósito y objetivo general del mismo que fueron los siguientes:

El Propósito

Contribuir a la promoción de una cultura de respeto a los derechos humanos, que favorezca el desarrollo de una sociedad libre de violencia, con acciones de prevención y atención de la violencia de género, en las unidades del Sistema de Salud del Distrito Federal.

Objetivo general

Disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones, mediante la atención oportuna de las víctimas de violencia de género, asimismo apoyar la limitación de esta problemática, a través de la detección de casos, y acciones de promoción y educación para la salud en todas las unidades de atención del Sistema de Salud del DF.

Componentes estratégicos

- a) Prestación de servicios de salud a víctimas de violencia de género
- b) Prevención de la violencia de género a través de la promoción y educación
- c) Capacitación, educación continua e investigación en violencia de género
- d) Sistema de información para el registro de casos de violencia de género
- e) Monitoreo y evaluación de las estrategias y acciones realizadas
- f) Coordinación institucional e intersectorial

4.4.1 Desarrollo de las estrategias del Plan

De los componentes estratégicos señalados en el punto anterior se participó en los incisos:

- b) Prevención de la violencia de género a través de la promoción y educación,
- c) Capacitación, educación continua e investigación en violencia de género, y
- f) Coordinación institucional e intersectorial de la siguiente manera:

b)Prevención de la violencia de género a través de la promoción y educación

Con el propósito de avanzar en el cumplimiento de los objetivos del Plan estratégico para la Prevención y Atención de la Violencia de Género, el personal de la Secretaría realizó orientaciones personalizadas y entrevistas a personas que probablemente se encontraban en alguna situación de violencia de género, a través de la aplicación de diversas técnicas grupales, y distribuyendo volantes y trípticos con temáticas relacionadas con la violencia de género.

La participación como trabajadora social en este componente, se centró básicamente en:

La búsqueda de ponentes expertos en el tema de violencia de género;

Brindar orientación y asesoría al prestador de los servicios de salud que requería de canalizar a algún usuario a las instituciones especializadas en la atención de la violencia.

Se colaboró en el diseño y contenido de 2 carteles y 2 dípticos que fueron utilizados en la campaña lanzada por la Secretaría para combatir la violencia de género.

Para el diseño de estos materiales impresos se recurrió nuevamente a los documentos recopilados y al diagnóstico previo a este trabajo, lo primero fue buscar los textos, que debían contener dichos materiales, se recopiló varias muestras de trípticos, dípticos y carteles que dieran una idea del formato y el diseño en general, asimismo se presentaron algunas propuestas para el lema que diera identidad a la campaña, las imágenes en este momento las tomamos en Internet y en la computadora. Una vez que se tuvo una propuesta acabada con las ideas centrales se presentó al Director del área para comentarios y visto bueno.

Con la aprobación de los carteles, dípticos y una propuesta para el lema de campaña por parte del Director se acudió a la Dirección General del Gobierno del DF, para solicitar el apoyo en la creación de un diseño propio y la autorización de la inclusión del logotipo gráfico del Gobierno del DF.

Con esta dirección y sus diseñadores gráficos se sostuvieron alrededor de 10 reuniones en las que se vertieron ideas y propuestas acerca del diseño final de los materiales de difusión.

Posteriormente se elaboraron 3 propuestas de guión para spots de radio, una versión era un genérico de la violencia, uno específico para mujeres y uno más orientado a la prevención del maltrato infantil que fueron presentadas al director para visto bueno y aprobación.

Una vez que se contó con una propuesta mucho más acabada de los materiales impresos, el lema de campaña y de los spots, se incorporaron dos expertos en publicidad, tres miembros de una asociación civil experta en violencia sexual y de género (IPAS México A.C.) y dos personas de la Secretaría de Salud del DF, con los que se tuvo alrededor de 20 reuniones en las que se vertían nuevas ideas tanto en contenidos como en el diseño de los materiales y finalmente se contó con una versión final de carteles dípticos y spots, mismos que fueron presentados nuevamente al área de comunicación social para comentarios finales y en su caso aprobación para su difusión.

Una vez que se obtuvo autorización por parte de Comunicación Social del Gobierno del DF para el lanzamiento de campaña, así como anuencia para la reproducción y difusión de los materiales utilizados en la misma, se buscó compañías radio difusoras y de impresión.

Se concertaron varias citas con diferentes compañías obteniéndose varias propuestas de las cuales se decidió con base en los costos y calidad de los materiales y servicios ofrecidos. La campaña de radio fue transmitida por Grupo Radio centro y los materiales impresos fueron elaborados por IMPAPE SA DE CV.

El lanzamiento de campaña dio inicio con una conferencia de prensa ante diferentes medios masivos de comunicación por la Dra. Asa Christina Laurell, Secretaria de Salud del DF.

Para dicha conferencia de prensa se elaboró un boletín en el que se especificaba el objetivo de la campaña, a quién estaba dirigida, recursos con los que se cuenta, medios por los que se daría a conocer, servicios que ofrece la Secretaría a víctimas de violencia de género y la duración de la misma.

El primer tiraje de los materiales impresos constó de 10,000 carteles 5,000 de cada versión y 20,000 dípticos 10,000 por versión. Los cuales fueron distribuidos en jurisdicciones sanitarias y hospitales de la Secretaría y todas las dependencias del Gobierno del Distrito Federal.

Por otra parte, se elaboraron y publicaron seis inserciones quincenales en "el M" el periódico del metro, se publicaron los carteles en el banner de la jornada y en la página web del Gobierno del DF.

Se colocaron dobelas y carteles en diferentes estaciones y vagones del metro, asimismo se transmitieron los spots en el audiómetro, se dieron 2 entrevistas a programas de radio.

Se grabaron tres spots y fueron transmitidos en radio durante 6 ½ semanas

Todos estos materiales fueron distribuidos y transmitidos de manera simultánea.

Posteriormente como reforzamiento de la campaña se distribuyen en las jurisdicciones sanitarias y hospitales de la Secretaría 20,000 dípticos más.

Otro de los componentes en los que se tuvo una participación directa fue:

c) Capacitación, educación continua e investigación en violencia de género

En la identificación del problema y el diagnóstico de la institución se detectó que era fundamental realizar acciones de capacitación y sensibilización respecto del problema de la violencia de género al personal de salud, constituyéndose en una de las estrategias del Plan.

Esta sensibilización y capacitación al personal de salud inició con los directivos de hospitales y jurisdicciones de la Secretaría. En esta fase inicial se presenta el Plan Estratégico de Prevención y Atención de la violencia de Género, sus componentes estratégicos, y se les planteó la necesidad de que el personal cuente con los elementos mínimos indispensables para dar una atención con calidad y calidez a las víctimas de violencia de género y se solicita su apoyo para el desarrollo de dicho Plan.

Se solicitó la integración de un equipo multidisciplinario formado por un médico, un psicólogo, una trabajadora social y una enfermera y/o personal interesado en el tema para que asistieran a un taller de sensibilización sobre la prevención y atención de la violencia de género y que a su vez pudieran constituirse en capacitadores para replicar la información en sus unidades de atención médica.

El equipo de trabajo se dedicó a la planeación y organización del taller referido, el diseño de cartas descriptivas, primeramente se participó en la planeación y organización del taller a través de la selección de los contenidos temáticos, precisión del objetivo general y específicos, así como en la metodología y técnicas.

El Taller fue diseñado para impartirse en dos días con una duración de 6 horas diarias y constaba de 4 módulos, con una evaluación inicial y una final aplicada a los participantes esto con el fin de saber los conocimientos con que llegaban y los adquiridos durante el taller.

Módulo I. Construcción social del género, organización social del género, conceptos generales sobre violencia de género y su clasificación, antecedentes y patrones culturales entre otros.

Módulo II. que el personal de salud conozca y aplique en su ámbito de competencia la normativa administrativa, civil y penal que regula la violencia y responsabilidades.

Módulo III. Que el personal de salud disponga de los elementos metodológicos para la correcta detección, atención y tratamiento de las víctimas y generadores de violencia de género.

Módulo IV., referencia y contrarreferencia de casos e instituciones de apoyo.

Para la organización del evento fue necesario diseñar y elaborar convocatorias, buscar ponentes, contactar gente con interés en el tema de violencia de género, llamadas telefónicas, elaboración de oficios e invitaciones así como la logística del evento (buscar auditorio algún espacio donde se pudiera realizar el evento, mesas, sillas, micrófonos, cafetería, etc), preparación de materiales educativos de apoyo didáctico, investigación bibliohemerográfica sobre violencia de género, compilación de documentos alusivos al tema, elaboración de rotafolios, diseño de presentaciones, entre otros.

En la ejecución de cursos o talleres

Fueron elaborados oficios e invitaciones a diferentes personalidades y autoridades de la institución así como al personal que va a ser capacitado, y el apoyo logístico.

Evaluación del proceso educativo

Diseño del instrumento de evaluación, aplicación del instrumento (cuestionario) y evaluación del mismo, análisis de resultados, discusión de los resultados con el equipo de trabajo.

El taller se impartió a personal del primer y segundo nivel de atención de la SSDF en grupos de aproximadamente 40 personas formados por un equipo multidisciplinario por cada unidad de atención médica.

Por otra parte, se repartió a todo el personal de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal la Norma Oficial Mexicana –190-1 Criterios para la atención médica en casos de violencia familiar.

Asimismo, se elaboró un manual que sirvió de apoyo para los replicadores del taller.

Para la elaboración de este manual fue necesario identificar y recopilar textos y publicaciones con el tema de violencia de género.

Se lanzó una convocatoria "Premio a la investigación en violencia de género". Al equipo participante le correspondió diseñar la convocatoria, la impresión y la publicación de la misma; la cual premiaba en efectivo las tres mejores investigaciones en violencia de género, para seleccionar las investigaciones ganadoras se formó una comisión de evaluación y calidad, la que declaró el 1º y 2º lugar desierto otorgando solamente el tercer lugar.

También se colaboó en el desarrollo del componente estratégico de:

f) Coordinación institucional e intersectorial

Con el fin de conjuntar esfuerzos que permitieran la optimización de recursos y lograr un mayor impacto en la prevención y atención integral de la violencia de género en la población del DF se realizaron diversas actividades de coordinación entre ellas las siguientes:

Se sostuvieron reuniones con diferentes dependencias de gobierno que atendían a personas víctimas de violencia especialmente la basada en el género, principalmente con el Instituto de las Mujeres del DF (INMUJERES DF) y con la Secretaría de Desarrollo Social del DF (SEDESO) a través de las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF); lo anterior con la finalidad de establecer mecanismos de coordinación para la referencia de casos en los que se encuentren personas involucradas en situaciones de violencia de género y que se les proporcione apoyo y asesoría legal, psicológica y asimismo se le de seguimiento al caso referido.

Se estableció coordinación con la Fiscalía de Procesos en lo Familiar para establecer un acuerdo de los casos que podíamos referirles, en qué circunstancias y que requisitos se debían cubrir.

Con la Fiscalía de Atención al Menor e Incapaces de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal se sostuvieron varias reuniones con la finalidad de que dieran atención a los casos que se presentaban en la atención médica en los hospitales y que se encontraban involucrados menores de edad.

Con el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia del DF se participó en diversas reuniones de trabajo en donde principalmente buscábamos el mecanismo más adecuado para la atención del maltrato infantil, participamos con ellos en la elaboración de una guía del maltrato infantil.

Con Ipas México A.C. se sostuvieron un número considerable de reuniones en las que fueron discutidos asuntos relacionados con la campaña de violencia de género que impulsó esta Secretaría, y para tratar temas relacionados con la violencia sexual.

Cabe señalar que la SSDF, las dependencias enunciadas anteriormente y otras han coordinado conjuntamente acciones para que expertos en el tema apoyaran como ponentes en los talleres de sensibilización que se impartió al personal de salud de la SSDF.

Además se organizaron dos reuniones con los responsables del Programa de Violencia de Género de cada Jurisdicción sanitaria y hospitales, en donde se abordaron de manera general los contenidos de las cartas descriptivas, los problemas y dificultades a que se han enfrentado en el desarrollo y aplicación del programa y cómo lo han resuelto en los que amerita el caso, participaron también los representantes de las instituciones a quien referimos (INMUJERES DF, UAPVIF, PGJDF, DIF-DF).

Para llevar a cabo dichos eventos se elaboró nuevamente un contenido de los temas que se abordaron, se lanzaron convocatorias, invitaciones, oficios, y coordinación telefónica para contactar ponentes expertos en el tema.

También se participó en la logística de dichos eventos como buscar un lugar donde se pueda llevar a cabo el evento, mesas, sillas, micrófonos, café, listas de asistencia, etc.

Por último, el trabajador social debe tener una conciencia de los fines y objetivos que se pretenden a partir de su experiencia profesional, por lo cual su formación al ser polivalente, supone una dimensión de creatividad. Esto es, dicha formación le permite tener identidad profesional, una claridad en su especificidad, comprender los fines de la profesión y las responsabilidades que conlleva, asimismo una visión de totalidad.

Por lo anterior, se afirma que la intervención profesional en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género cumplió con los objetivos generales que debe cubrir el trabajo social, según lo describe la Dra. Aida Valero en el compendio de Desarrollo Histórico de Trabajo Social (lecturas Básicas), a saber:

1. Investigar la problemática social, con relación a la violencia basada en el género a través de la identificación de las necesidades y carencias de la población. Para generar políticas de servicio tendientes a prevenir y atender las causas y efectos de estas situaciones.

2. Promover la participación de los individuos y grupos en el plano de las decisiones y la acción, a través de procesos de educación y capacitación social. Es importante la participación de los individuos y de la sociedad en su conjunto para el combate de la violencia en cualquiera de sus modalidades, es necesario que se proporcione a la población los elementos básicos indispensables para tratar de eliminar situaciones de violencia así como dar a conocer las consecuencias que deja la violencia, principalmente la basada en el género.
3. Contribuir al desarrollo humano mediante la atención y satisfacción de las necesidades de grupos e individuos, particularmente de aquellos colocados dentro del sistema social en una posición de desventaja y que reconocemos como grupos de atención prioritaria.

La Secretaría de Salud preocupada de los graves daños y secuelas que ocasiona la violencia tanto a los individuos como a la sociedad en general, diseña un Plan Estratégico e implementa un Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, que contempla la capacitación y sensibilización a su personal de salud respecto de la violencia basada en el género así como orientación, consejería y atención médica a la población víctima de violencia de género especialmente, la cometida en contra de mujeres, niñas y niños y adultos mayores.

Funciones desarrolladas en cada uno de los rubros en los que se participó

Una vez que se han descrito cada una de las actividades desarrolladas en el Programa de Prevención y atención de la Violencia de género se presenta el siguiente esquema de las funciones específicas.

Prevención de la violencia de género a través de la promoción y educación

Función genérica: Promover y divulgar programas institucionales de desarrollo social tendientes a la participación de la población.

Funciones específicas	Actividades
Coordinación	Establecimiento de acuerdos Seguimiento personalizado Concertación de ponentes Enlace institucional Acercamiento y concertación de acciones con ONG Reuniones con responsables de programa.
Organización	Mesas redondas Foros de discusión Conferencias de prensa Entrevistas con tomadores de decisión
Promoción	Diseño de trípticos y carteles sobre la prevención de la violencia basada en el género. Diseño de boletines de prensa Diseño de spots radiales Campaña en medios masivos de comunicación
Difusión	Distribución de carteles y trípticos Periódicos murales en centros de salud y hospitales Presentación del Programa de Violencia de Genero

Capacitación, educación continua e investigación

Función genérica: Administrar programas y servicios de asistencia, seguridad social y desarrollo social.

Funciones específicas	Actividades
Planeación y programación	Disponibilidad de recursos Identificación del problema Estructuración de talleres Identificación de necesidades de capacitación

	Convocatoria premio a la investigación en violencia de género. Identificación de contenidos temáticos Diseño de cartas descriptivas Precisión de objetivos Definición de metodología Técnicas aplicadas Diseño de instrumento de evaluación Identificación de bibliografía Recopilación de textos Distribución de material pedagógico y normativo
Coordinación	Seguimiento personalizado con enlaces institucionales Establecimiento de acuerdos para la atención de casos de violencia de género Entrevistas con tomadores de decisión Búsqueda de ponentes
Prevención	Pláticas en salas de espera Aplicación de cédulas de detección
Evaluación	Aplicación del instrumento de evaluación Análisis de las dificultades

Coordinación institucional e intersectorial

Función genérica: Coordinar programas de capacitación y promoción social en las instituciones tendientes a la generación de una actitud solidaria y de compromiso social.

Planeación	Identificación de instituciones y ONG que abordan el tema de violencia de género
Coordinación	Concertación de citas con directivos de instituciones Seguimiento personalizado a tomadores de decisión Establecimiento de acuerdos Entrevistas con especialistas en el tema , ong, directivos
Organización	Apoyo logístico en eventos, reuniones, foros y mesas de trabajo

4.5 Resultados y productos

Los resultados y productos obtenidos en el desarrollo de la experiencia profesional de la trabajadora social que suscribe, en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género se observan en la siguiente tabla.

RESULTADOS	PRODUCTOS
a) Prestación de servicios de salud a víctimas de violencia de género	1. Plan Estratégico de Prevención y Atención de la Violencia de Género
b) Prevención de la violencia de género a través de la promoción y educación	2. Programa de Capacitación y Sensibilización al personal de salud sobre la violencia de género
c) Capacitación, educación continua e investigación en violencia de género	3. Premio a la investigación en violencia de género.
d) Sistema de información para el registro de casos de violencia de género.	4. Campaña "Una vida Digan es una Vida sin Violencia".
e) Monitoreo y evaluación de las estrategias y acciones realizadas	5. Dos encuentros con los responsables de programa.
f) Coordinación institucional e intersectorial	

1. Plan Estratégico de Prevención y Atención de la Violencia de Género

Producto central del ejercicio de Planeación, que incorporó diferentes técnicas e instrumentos, dando como producto un documento que contiene los siguientes apartados: Introducción, análisis FODA, matriz de posicionamiento, visión, misión, valores, objetivos, estrategias por objetivos, sistema de evaluación, indicadores, y bibliografía.

2. Programa de Capacitación y sensibilización al personal de salud sobre la violencia de género.

Este programa respondió a uno de los componentes estratégicos del Plan, a través del cual la Secretaría pretendió sensibilizar a su personal respecto al tema de violencia de género, a la detección, atención y en caso de ser necesario referir a las personas víctimas de violencia de género, así como mejorar la calidad de la atención que se proporcione a las mismas.

Para la instrumentación del programa de capacitación fue necesario el desarrollo de cartas descriptivas con los contenidos temáticos, la programación de talleres, la identificación de ponentes y la logística del evento.

Para el diseño de este programa fue necesario establecer reuniones de coordinación con representantes del primer y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el área de enseñanza, capacitación e investigación, con el área de trabajo social y con personas expertas en el tema para definir los contenidos, duración y ponentes de dicho programa.

Para la referencia de casos de violencia de género a instituciones gubernamentales especializadas fue necesario identificar el tipo de servicio que proporcionaban, los requisitos de ingreso al servicio a través de reuniones de trabajo con sus representantes institucionales.

3. Convocatoria “Premio a la investigación en violencia de género”

La cual surgió para dar cumplimiento al Plan y para fomentar una estrategia de capacitación, educación continua e investigación en violencia de género. Dicha convocatoria fue diseñada por el equipo de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, con la que se pretendió fomentar e impulsar la investigación en los servicios del sistema de salud del DF sobre violencia de género. Hubo una fase de recepción de trabajos, que fueron turnados a una comisión de evaluación quién determinó el trabajo ganador.

Con la finalidad de verter las experiencias, fortalezas y conocer las dificultades así como las posibles soluciones se llevaron a cabo dos encuentros con los responsables del programa, que son resultado del programa de capacitación y sensibilización al personal de salud, y se realizaron con la finalidad de verter las experiencias y las dificultades o fortalezas a las que se enfrentaron al operar el programa y cómo las solucionaron, para este apartado fue necesario retomar las coordinaciones con las diferentes instancias de gobierno que atienden esta problemática y concertar presentaciones y ponencias en estos eventos, se elaboraron oficios invitaciones etc; por otro lado se llevó a cabo la logística de los eventos.

4. Campaña “Una Vida Digna es una Vida sin Violencia”

Derivada de la estrategia de promoción y difusión, para su diseño fue necesario la identificación de materiales promocionales alusivos al tema, posteriormente se requirió de coordinación con las áreas de gobierno expertas en el diseño de campañas, además de integrar un grupo de expertos en el tema y en publicidad.

Esquema general del desarrollo de la experiencia profesional en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género de la Secretaría de Salud del Distrito Federal



CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL CON RELACIÓN A:

5.1 Con relación al Marco Teórico Conceptual

El ejercicio de la violencia tiene como fin conservar el poder y dominio de una persona sobre otra. Uno de los grandes velos que cubren y perpetúan la violencia principalmente la que se da en razón del género es que es vista como algo "natural o normal".

La violencia basada en el género no es un caso privativo de México sino que se da a nivel mundial con cifras alarmantes. Sin embargo, en nuestro país los patrones culturales establecen que la violencia es una forma "normal" en las relaciones de pareja o familiares. Es por ello que muchas personas no denuncian el hecho, no buscan ayuda y encubren muchas veces a su verdugo; por temor a las críticas, miedo, entre otros, por no encontrar respuesta en el sistema de justicia o por creer que efectivamente es por corregirlas a ellas o a los hijos, que ellas lo hicieron enojar, etc.

Se señalan cuatro tipos de violencia física, psicológica, económica y sexual. Es importante resaltar que ningún tipo de violencia se da de manera aislada, es decir, solamente el físico o el sexual, económico o psicológico, cuando ésta se presenta, siempre tiene algún componente de los otros tipos de violencia.

Diferentes documentos hacen mención de algunos indicadores de maltrato que permiten establecer el grado de riesgo en que se encuentra una persona de ser víctima de maltrato. En el presente trabajo se manejaron los señalados en la Norma Oficial Mexicana 190, por considerarse los más completos al incluir como una forma de maltrato el abandono, además de ser uno de los instrumentos rectores en la atención médica que proporciona el Sistema de Salud a los usuarios víctimas de violencia.

De los modelos para explicar la violencia de género, se decidió utilizar el de perspectiva de género, por ser el más adecuado a la problemática a atender en este programa, ya que como se explicó en el marco teórico la violencia de género se basa en la desigualdad de poder y las mujeres, los menores y los adultos mayores son quienes sufren las consecuencias más graves de dicha violencia. Este modelo propone romper las desigualdades y asimetrías que existen en la relación hombre-mujer, a fin de generar condiciones de mayor justicia e igualdad de oportunidades, respetando y reconociendo las diferencias y capacidades tanto de hombres como de mujeres.

Desde la perspectiva de género para explicar la violencia tenemos que su origen y permanencia hacia las mujeres está en el hecho de que en nuestra cultura y en muchas otras del mundo se considera que lo masculino es más valioso que lo femenino y que es necesario que el hombre permanezca por encima de la mujer, o en el caso de los menores y adultos mayores como en la mayoría de los casos dependen de sus padres o de quien este a cargo de ellos para solventar muchas de sus necesidades se justifica la violencia en aras de corregir.

Algunos autores intentan explicar el por qué de la violencia, antecedentes de la misma, el marco normativo que la regula a nivel local, federal e internacional.

En los periódicos fue posible identificar los problemas que cotidianamente se observan en la sociedad tanto actos delictivos como situaciones que moralmente son poco aceptadas, de hecho todos los días aparecen notas asociadas a violencia de género, asimismo es posible identificar los esfuerzos que organismos civiles e instituciones públicas nacionales e internacionales difunden; en las revistas se ha identificado diversas discusiones de carácter teórico y los resultados de las intervenciones que realizan personas o grupos que atienden el problema. Mientras que los diarios o periódicos nos dan información actualizada de sucesos cotidianos las revistas nos permiten tener información reciente sistematizada y de mayor profundidad.

A pesar de que se encontró que los libros o textos específicos sobre la temática de violencia de género son reducidos y la mayor parte de ellos se abocan a la propuesta de aspectos teórico conceptuales desde la perspectiva de la sociología, la economía, la psicología, la política y el derecho; fueron de mucha utilidad para identificar las perspectivas generales con que se puede abordar esta temática.

Fue posible identificar que la tolerancia a la violencia en ocasiones tiene que ver con:

- La falta de un proyecto personal de las mujeres, ya que están educadas para vivir en función de sus hijos
- Temor a no poder mantener a los hijos
- El miedo a ser más golpeada o herida
- El temor a las críticas
- No tener trabajo, o no tener donde dejar a los hijos si se busca empleo
- El ver la violencia como algo normal

La violencia en contra de la mujer genera grandes daños a su salud y en muchas ocasiones la pérdida de la vida.

Respecto al marco legal que regula la violencia, vemos que éste es escaso y disperso. En el plano internacional se cuenta con algunas convenciones y tratados

de los que México es parte y está obligado a cumplir con ellos, sin embargo, cuando los jueces imponen sanciones a los agresores rara vez invocan estos ordenamientos jurídicos y los agresores son exonerados o sancionados con penas muy bajas.

A nivel nacional tenemos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su artículo cuarto reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y garantiza la protección a la salud, sin embargo, esta garantía se ve vulnerada cuando las personas que son víctimas de violencia, principalmente la basada en el género, no son atendidas por las instituciones que deben brindarles apoyo y cuando la sociedad en su conjunto tolera y justifica esta violencia.

Además se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-190-1999, denominada "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar". Esta norma obliga al personal de salud de las instituciones públicas y privadas a proporcionar la detección, prevención, atención médica y consejería a las personas que sufran violencia así como a dar aviso al Ministerio Público de los casos en que se presume probable violencia familiar; sin embargo, esta Norma no estipula que obligue al personal de la Procuraduría y mucho menos al de los juzgados a ejercer alguna acción penal en contra de los perpetradores de dicha violencia.

En el Distrito Federal la violencia familiar también es regulada por la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar que sólo actúa ante tribunales administrativos y sus funciones son básicamente de conciliación y arbitraje y sanciones administrativas en casos de reincidencia.

Por su parte, el Nuevo Código Penal para el DF en su artículo 200, señala a la violencia familiar como un hecho constitutivo de delito y que puede ser sancionado hasta con cuatro años de prisión y/o pérdida de la patria potestad de los menores.

Al ser un delito perseguible por querrela quiere decir que no es considerado como grave, es decir, que la denuncia tendrá que ser interpuesta por la persona directamente afectada y si hablamos de que la mujer es amenazada, de que tiene miedo a las críticas y de que no confía en el sistema de justicia, esto hace sumamente difícil la denuncia. En el caso de los menores se persigue de oficio.

El Código Civil para el DF sanciona con la pérdida de la patria potestad y de los derechos sucesorios que se tengan respecto de la víctima; esto siempre y cuando el agresor haya sido condenado por ese delito.

5.2 Con relación a la instrumentación del programa

A pesar de que se contó con la disposición de las autoridades de la Secretaría para la instrumentación del programa, al arranque del mismo nos enfrentamos con algunas dificultades porque el personal de salud de la institución no se encontraba sensibilizado ante esta problemática, ya otorgaban atención médica sin reparar en si ésta era a causa de la violencia, y el desconocimiento de las instancias a donde podían referir a las víctimas.

Una vez que dio inicio el programa de sensibilización y capacitación al personal estas dificultades fueron disminuyendo de manera importante, aunque no todo el personal estaba interesado en el tema. Un número considerable del personal si lo estaba y fueron acercándose al equipo que coordinaba este programa para allegarse de material respecto al tema y asesorarse en relación a la réplica que tenían que hacer en sus unidades médicas.

Un aspecto importante que detectamos en este programa, fue que los médicos a pesar de estar obligados, no dan aviso al Ministerio Público de los casos que atienden y que están relacionados con violencia. Esta situación se presenta porque el personal tiene temor de verse involucrado en un problema legal además de exponerse a ser agredidos por los agresores de las víctimas. Nos percatamos que además de estos temores que son ciertos también existe desconocimiento de las leyes y falta de sensibilización ante este grave problema, así que dentro de estos cursos se reforzó la parte legal y se invitó a participar a la Procuraduría General de justicia del Distrito Federal.

Poco a poco, el personal fue involucrándose cada vez más en el programa esto fue posible identificarlo por el número de detecciones y canalizaciones a diferentes instancias que se hicieron.

El avance del programa y el interés del personal se pudo observar con la asistencia y participación en los reforzamientos que se dieron de estos cursos, así como por el número de cursos o talleres de sensibilización y capacitación que impartían en sus unidades médicas y los reportes que hicieron a la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial.

En lo referente a la Campaña impulsada por esta Secretaría para atender la violencia de género "Una Vida Digna es una Vida sin Violencia". Las dificultades a que nos enfrentamos fue la escasez de recursos económicos, sin embargo, fue posible salir a los medios con dicha campaña, quizá lo más problemático fue el llegar a consensos en cuanto al lema, las imágenes y la compañía radiofónica que transmitió los spots. Esta campaña tuvo un impacto positivo en los usuarios como en los prestadores de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del DF, esto fue posible observarlo en el número de atenciones médicas relacionadas con

violencia que se otorgaban, con la búsqueda intencionada de casos, entre otros, como la referencia.

Por otro lado cuando el personal de salud de la Secretaría detectaba un caso de violencia lo reportaba al Ministerio Público éste se negaba a recibir dicho aviso y menos aún investigaba el caso, ante tal situación celebramos reuniones con las diferentes fiscalías para lograr que se diera la atención requerida a estos casos.

En cuanto a la participación de la trabajadora social en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, de los seis componentes estratégicos, se participó en tres, es decir, en el 50% de los trabajos realizados hubo una participación directa que van desde la planeación hasta la operación de los mismos. El perfil profesional y la experiencia que se tenía con respecto a la violencia facilitó su inclusión en éste programa.

En la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial fue de importancia la participación de trabajo social ya que aportó conocimientos de planeación, de organización, de administración de recursos humanos y materiales y de coordinación institucional y desde una perspectiva social abordó la problemática de la violencia basada en el género.

Trabajo social contribuyó de manera importante en el desarrollo de este programa al abrir espacios de coordinación directa con el sistema de justicia y con algunas instituciones especializadas en el Distrito Federal, para la atención, referencia y seguimiento de casos de personas en situación de violencia, especialmente mujeres y menores de esas.

5.3 Con relación a la metodología aplicada

La metodología que se utilizó para la instrumentación y operacionalización del programa fue por decisión del personal de esta Secretaría y fue adecuada ya que de acuerdo a James Stoner, la planeación estratégica es un proceso en virtud del cual la alta gerencia establece las metas de la organización y selecciona los medios para conseguirlas.

Dentro de las fortalezas, con las que se contó para el óptimo desarrollo del programa de prevención y atención de la violencia de género, están las siguientes:

- a) Se tiene disposición por parte de las autoridades para atender este problema,
- b) Se cuenta con la infraestructura y personal necesario para dar la atención a víctimas de violencia de género.

Oportunidades:

- a) Los sectores económicamente más desvalidos que en muchas ocasiones son los más susceptibles a esta violencia son quienes más frecuentan nuestros servicios.
- b) La población que mayormente acude a los servicios de salud de la SSDF son las mujeres ya sea para atención de los hijos o de ellas mismas.

Debilidades:

- a) El personal de Salud no se encontraba sensibilizado ante esta problemática.
- b) Falta de disposición por parte de los y las prestadoras de servicios de salud.
- c) Cargas en la demanda de la atención que no permitía destinar tiempo para escuchar a las mujeres.

Amenazas:

- a) Con la promoción de los servicios y el lanzamiento de la campaña la demanda de atención nos rebasara y no pudiéramos cubrir la oferta.

Una vez que se definieron los objetivos que nos permitieron cumplir con la misión, se procedió a estructurar un plan que tomó en cuenta la definición del objetivo, y se definieron las estrategias que se implementaron

Asimismo se especificaron las personas o departamentos de la institución que se responsabilizaron en lograrlas y las fechas de inicio y término.

En el desarrollo del ejercicio de planeación, se utilizaron diferentes técnicas que no son propias del enfoque estratégico, y que se comparten por diferentes métodos. No se observa contradicción entre ellas y sí son de utilidad para mejorar la disposición y uso de la información recabada en el proceso. Entre ellas destacan: Técnicas de investigación documental, selección de expertos, dinámicas grupales, ponderación de actores relevantes, establecimiento de prioridades, diseño de estrategias y construcción de objetivos. Además de entrevistas; y del análisis de estructura, proceso y resultados.

El ejercitar la metodología de Planeación Estratégica para el abordaje de un problema de salud específico, permitió la integración de un grupo interdisciplinario de técnicos y profesionales de salud que exponían sus conocimientos y

experiencias en la estructuración de dicho plan, además de tener la oportunidad de aportar los conocimientos de trabajo social y experiencias adquiridas en mi formación profesional como trabajadora social, y en diversas actividades laborales que he desempeñado. También se aplicó en una situación real la información recopilada, para encontrar respuestas al problema de la violencia de género. Se considero que fue posible conocer y utilizar algunas de las técnicas específicas de la planeación estratégica, esto permitió la posibilidad de utilizarla en otros problemas de carácter profesional.

5.4 Con relación a la dinámica generada entre los participantes

Había una relación directa entre el equipo de trabajo y el director del área que era el coordinador del programa, situación que facilitó el desarrollo del mismo y la relación entre el equipo primario de trabajo. En este equipo surgían propuestas para el diseño y operación del programa que eran discutidas y consensadas, una vez que se tenía una propuesta unificada se presentaba al director para comentarios y visto bueno, ya con la aprobación por parte del coordinador estas propuestas eran puestas a discusión, en el grupo ampliado o secundario, que como se comentó en el capítulo anterior estaba formado por diversas autoridades y disciplinas de ambos niveles de atención de la Secretaría de Salud del DF, las controversias surgidas eran resueltas de común acuerdo entre los integrantes de ambos grupos de trabajo y por consenso.

El equipo de trabajo considerado como grupo operativo, y coordinador del programa estaba integrado por tres médicos, un abogado, y una trabajadora social, desde aquí surgían las propuestas de trabajo, que posteriormente eran llevadas al grupo ampliado para su mayor discusión. El grupo ampliado lo conformaba personal del primer y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud expertos en el tema de violencia de género y familiar, con formación de médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, epidemiólogos, y una actuario.

CAPÍTULO VI

Conclusiones

Primera: La violencia basada en género es aquella que se da en función de si se es hombre o mujer y tiene con fin último el dominio y control de una persona sobre otra, se da principalmente de los hombres hacia las mujeres y tiene su origen en factores culturales y sociales que toleran, aceptan y fomentan tales conductas considerándolas como "normales".

Segunda: A pesar de la importancia que tiene la mujer en el desarrollo económico, por su creciente participación en el mercado de trabajo, aunado a su tarea fundamental por tradición, el dedicarse a las labores del hogar y al cuidado de los hijos no es valorada por su pareja ni por la sociedad, ya que en la actualidad se enfrentan con problemas de discriminación salarial, acoso sexual, y hasta de maltrato por parte de su pareja.

Tercera: Existen diversos factores que obstaculizan la atención integral a este problema. Entre los más importantes destacan:

- Desconocimiento de la violencia de género como un grave problema de salud pública;
- Desconocimiento de la importancia que tiene el sector salud en la detección, control y prevención de la violencia de género;
- Sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que da como resultado no disponer de tiempo para escuchar y orientar a las mujeres;
- Temor de los prestadores y prestadoras de servicios de salud a ser confrontados por los agresores y,
- Temor a declarar ante instancias judiciales.

Cuarta: No hay uniformidad en los instrumentos jurídicos que regulan y sancionan la violencia.

Quinta: No existe una coordinación adecuada entre las instituciones gubernamentales encargadas de atender esta problemática.

Sexta: Con la elaboración del marco teórico y del diagnóstico situacional, se logró cubrir una de las funciones sustantivas del trabajador social. Por medio de la investigación social se logró conocer, interpretar y diagnosticar la situación social que caracteriza a los sectores que presentan violencia de género.

Séptima: El conocimiento de los recursos institucionales, oficiales, particulares y de organismos no gubernamentales, posibilitó una canalización y atención

especializada y adecuada, que permitió revestir al proceso a través de la función de orientación y gestoría.

Octava: El elaborar, dirigir, ejecutar, evaluar y supervisar , en diversos niveles el desarrollo de los programas de capacitación permitió al trabajador social desempeñar la función de administrar proyectos sociales.

Novena: Al lograr incidir en procesos para generar conciencia en la población sobre la violencia de género, de sus derechos, de sus servicios, así como de sus obligaciones, se logró contribuir a crear conductas creativas e innovadoras, todo ello en el ámbito de la educación no formal o educación social.

Décima: La organización de la población a fin de implementar programas de promoción social constituyó una función indispensable en el programa de violencia de género, ya que mediante éstas se hace posible alcanzar los ideales de una sociedad más democrática, más justa, y más participativa.

CAPÍTULO VII

Propuesta

Propuestas Generales:

- Dado que la violencia hacia la mujer genera gastos significativos en los recursos asignados al sector salud y tiene un alto costo en la pérdida de años de vida saludable en las mujeres, por ser la más golpeada, la que más usa los servicios. se requiere de un presupuesto gubernamental asignado a salud, destinado a los programas específicos de la mujer que atienda los factores de riesgo.
- Se propone la creación de esferas específicas de coordinación con las diferentes dependencias que atienden la problemática de la violencia de género, que se cree una estructura específica que ejecute y de seguimiento a los planes y programas con esta temática.
- Desarrollar o crear sistemas de información que posibiliten dar un seguimiento objetivo de las acciones que se realizan en materia de violencia de género.
- Establecer los mecanismos de coordinación con el sistema de procuración de justicia de la Ciudad de México para que se garantice la atención y seguimiento de los casos detectados en la atención médica y que requieran de su intervención.

Del análisis del desarrollo de la experiencia en el Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género, se detectó la necesidad de contar con un documento escrito que contemplara objetivos, estrategias, límites, funciones y actividades específicas para cada área, es por ello que se presenta la siguiente propuesta:

Propuesta específica de intervención:

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA AUTORIDADES Y EQUIPOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

1.- Introducción.

La violencia de género ha existido como una expresión inaceptable de la cultura que se ha observado de diferentes maneras y ha sido validada muchas veces por patrones sociales y culturales establecidos tradicionalmente, en donde el ejercicio del poder se ejerce mediante conductas de individuos que equivocadamente se consideran superiores a otros.

La lucha por desarrollar una cultura de los derechos humanos en busca de equidad e igualdad, hace más notoria la violencia de género, la cual se observa cada vez más como un problema social, con consecuencias que impactan en la salud individual y familiar, así como en el desarrollo de las comunidades y de los países.

La violencia de género representa un grave problema de salud pública, por el impacto del daño físico, psicológico, discapacidad y secuelas que ocasiona, mismas que repercuten directamente en la salud y calidad de vida individual, familiar y social.

Por ello, y derivado de la experiencia laboral adquirida dentro del programa de prevención y atención de la violencia de género de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se detectó la necesidad de sensibilizar y capacitar al personal de salud del DF sobre la magnitud del problema así como de los efectos que provoca en las personas que la sufren.

Se propone el diseño y la implementación de un programa permanente de capacitación para autoridades y equipos de salud de la Secretaría de Salud del DF, que redunde en una detección y atención oportuna de la violencia de género, que además les proporcione los elementos necesarios para enfrentar este problema de manera integral, con un enfoque intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial, en el ámbito del Sistema de Salud del Distrito Federal.

Se propone capacitar a los directivos dado que de la experiencia obtenida en el desarrollo del Programa de prevención y Atención de la Violencia de Género en el cual se participó, se detectó que una traba importante es que los directivos no están sensibilizados y no conocen la magnitud del problema y esto hace que las acciones que pueda desarrollar el personal operativo se vea limitado por la negativa de las autoridades

Se propone elaborar un programa específico de capacitación, dado que derivado de la experiencia y de la evaluación hecha al programa se detectó que éste era excesivamente conceptual-teórico, insuficiente reconocimiento de la problemática actual, algunos docentes contaban con poca experiencia, algunas de las técnicas grupales y didácticas eran inadecuadas, así como una mala distribución de los temas, no había articulación con otras dependencias gubernamentales y en la evaluación no se cumplía cabalmente el objetivo de los talleres.

2.- Objetivos:

2.1.-General:

- Sensibilizar y capacitar a las autoridades y sus equipos de salud integrados por personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social de las jurisdicciones sanitarias, unidades médicas hospitalarias, unidades médicas en reclusorios, centros de

readaptación social y centros toxicológicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en la prevención, detección y atención integral de la violencia de género, con la finalidad de que este personal multiplique la capacitación a todo el personal médico y paramédico de sus unidades médicas de responsabilidad.

2.2.-Específicos:

- Disponer en cantidad suficiente de personal médico, de psicología, enfermería y trabajo social, sensibilizado y capacitado para la identificación oportuna y adecuada de factores de riesgo y la búsqueda intencionada de daños a la salud ocasionados presumiblemente por violencia de género en usuarios de las unidades médicas del primero y segundo nivel de atención, para realizar acciones de prevención y atención integral.
- Capacitar a los profesionales médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales en la conceptualización y el manejo de estrategias que le proporcionen elementos para la adecuada identificación, detección y tratamiento integral de usuarios con daños asociados presumiblemente a violencia de género.
- Proporcionar atención médica y psicológica con oportunidad, calidad y calidez a las víctimas de violencia familiar.
- Referir de manera oportuna, eficaz y eficiente a la institución u organización adecuada, a víctimas y victimarios de violencia de género para iniciar, continuar o complementar su atención integral en los ámbitos médico, psicológico, legal y social.
- Desarrollar e implementar mecanismos de promoción y educación a la salud que permitan a los derechohabientes y usuarios la identificación temprana de factores de riesgo sobre violencia de género, así como, la solicitud temprana de los servicios de atención integral a la violencia de género en las unidades médicas.

3.- Estrategias:

- Informar a los directores generales y directores de área del nivel central, así como a los directores jurisdiccionales, de unidades médicas hospitalarias, de unidades médicas toxicológicas y de reclusorios y centros de readaptación social dependientes de esta Secretaría, sobre los antecedentes, acciones desarrolladas y pendientes de realizar con relación al programa que se propone, lo cual permitirá el apoyo del personal operativo en su instrumentación.
- Integración de equipos de salud con un médico, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social, por cada uno de los hospitales, jurisdicciones sanitarias y la Dirección de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia, quienes asistirán al curso de capacitación para multiplicadores del Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género y, quienes posteriormente serán los responsables de capacitar al resto del personal médico y paramédico de las unidades médicas de su área de responsabilidad.
- Las jurisdicciones sanitarias, además del personal antes mencionado, deberán incluir a un Capacitador por cada una de las catorce jurisdicciones sanitarias e inclusive a dos, como en el caso de Gustavo A. Madero e Iztapalapa.

4.- Límites:

4.1.- De Universo:

- La autoridad y un equipo de salud por cada una de las 16 jurisdicciones sanitarias, responsables de capacitar al personal médico y paramédico de las 225 unidades de atención primaria, centros de salud y clínicas de especialidades médicas.
- La autoridad y un equipo de salud de cada uno de los 26 hospitales, quienes reproducirán la capacitación en el personal de su unidad médica de adscripción.
- El Director de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia y su equipo de salud, quienes serán los responsables de capacitar al personal médico y paramédico adscrito a las 46 agencias del Ministerio Público, de las 6 unidades médicas en reclusorios y centros de readaptación social y de las 2 unidades médicas toxicológicas.

4.2.- De Tiempo:

- Reunión presidida por la Secretaría de Salud con los directores jurisdiccionales, de hospitales, de centros toxicológicos y de unidades médicas en reclusorios y centros de readaptación social, con duración aproximada de una hora.
- Un curso de capacitación a multiplicadores por cada región, con duración de 20 hrs., distribuidas en 4 días hábiles.

4.3.- De Lugar:

- El Auditorio del Hospital General Villa, para la región 1.
- Una Aula de Enseñanza del Hospital Pediátrico Iztapalapa, para la región 2.
- El Auditorio del Centro de Salud Comunitario TIII-A México España, para la región 3.
- El Auditorio del Centro de Salud Comunitario TIII-A José Sozaya, para la región 4.
- El Auditorio del Hospital General Xoco, para la región 5.
- El Auditorio del Hospital General Milpa Alta para la región 6.
- El Auditorio del Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, para la región 7.
- El Auditorio del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa para la región 8.

5.- Actividades:

- Se hará una presentación oficial del Programa de Capacitación para autoridades y equipos de salud en materia de Prevención y Atención de la Violencia de género por la Secretaría de Salud, Dra. Asa Cristina Laurell.
- Programará ocho reuniones de capacitación, de 20 hrs. de duración cada una, distribuidas en 4 días hábiles.
- El médico, psicólogo, enfermera y trabajadora social que reciban el curso de capacitación para multiplicadores, replicarán la capacitación en el resto del personal médico y paramédico de sus unidades de responsabilidad.

- Entregar a cada autoridad y su equipo de salud que asista a la capacitación el Programa de Capacitación propuesto, así como documentación de tipo médica, psicológica, jurídica y normativa relevante para el curso.

6.- Recursos

6.1.- Humanos

- Personal de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial.
- Personal de la Dirección de Educación e Investigación.
- Personal de la Dirección de Atención de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia.
- Personal de la Dirección de Atención Hospitalaria.
- Personal especializado de organizaciones no gubernamentales y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

6.2.- Materiales

- 200 ejemplares del Plan Estratégico para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal.
- 200 ejemplares del Programa de Capacitación para autoridades y equipos de salud.
- 200 ejemplares de documentación de tipo médica, psicológica, jurídica y normativa, asociada con la Violencia Familiar.
- 1 Proyector de acetatos, 1 proyector de diapositivas, etc.
- 1 Pantalla para proyector de acetatos.
- Material de oficina
- Cafetería.

7.- Compromisos:

☒ De la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial y de la trabajadora social adscrita a la misma.

- Elaborará el Programa de Capacitación para la Prevención y Atención de la Violencia de Género.
- Diseñará instrumentos de evaluación para medir los conocimientos que se tengan en materia de violencia de género.
- Aplicará los instrumentos de evaluaciones inicial y final de los cursos de capacitación.
- Reproducirá el material necesario para el curso de capacitación.

- Verificará la disponibilidad del lugar físico para la realización de las reuniones de capacitación.
- Verificará la disponibilidad de las actividades de apoyo como la cafetería para las reuniones de capacitación.
- Apoyará con personal secretarial que funja como edecán en las reuniones de capacitación.

☒ De la Dirección de Educación e Investigación.

- Propondrá instructores o capacitadores que fungirán como ponentes en las sesiones de capacitación.
- Propondrá la sede en cada región, en donde se realice el curso de capacitación.
- Participará en la organización y en el desarrollo operativo de los cursos.
- Elaborará constancias de participación para docentes y alumnos.
- Apoyar logísticamente en el desarrollo de los cursos de capacitación.

☒ La Dirección de Atención Hospitalaria.

- Propondrá instructores o capacitadores que fungirán como ponentes en las reuniones de capacitación.
- Verificará que los Directores de Hospitales integren sus equipos de salud para la capacitación, con 1 médico, 1 psicólogo, 1 enfermera y 1 Trabajadora Social, con características de experiencia, desarrollo profesional, sensibilidad, aptitudes y actitudes necesarias para replicar de manera eficiente este curso al interior en su unidad de adscripción.
- Convocará a los Directores de Hospitales al curso de capacitación según el cronograma de actividades.
- Verificará que la capacitación recibida por los Directores de hospitales y sus equipos de salud, se reproduzca eficientemente en el resto del personal médico y paramédico de sus hospitales de responsabilidad.

☒ De la Dirección de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia.

- Asistirán al curso que le corresponda, acompañado de su equipo de salud para recibir la capacitación.
- Convocará a los integrantes del equipo de salud conformado.
- Verificará el equipo de salud, reproduzca en el resto del personal médico y paramédico de sus unidades médicas de responsabilidad: agencias del Ministerio Público, unidades de Atención Toxicológica, y unidades médicas en reclusorios y centros de readaptación social.

☒ Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Servicios de Salud Pública.

- Verificará que los Directores Jurisdiccionales integren sus equipos de salud para la capacitación con personal médico y paramédico de acuerdo con lo establecido.
- Convocará a los Directores de las Jurisdicciones Sanitarias y equipos de salud conformados de acuerdo a la reunión de capacitación que le corresponda según el cronograma de actividades.
- Verificará que la capacitación recibida por los Directores de las Jurisdicciones Sanitarias y sus equipos de salud, reproduzca en el resto del personal médico y paramédico de las unidades de atención primaria de responsabilidad.

8.- Cronograma de actividades de los cursos de capacitación

A c t i v i d a d	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.
Reunión con los directores generales, de área, de hospitales y jefes jurisdiccionales que integran esta Secretaría de Salud.	■				
<i>Región 2.</i> Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, Hospital General Iztapalapa; Pediátrico Iztapalapa; así como los hospitales: General Balbuena y Pediátrico Iztacalco de la Región 4.		■			
<i>Región 3.</i> Jurisdicciones sanitarias: Azcapotzalco y Miguel Hidalgo; Hospital General Dr. Rubén Leñero, Materno Infantil Nicolás M. Cedillo y pediátricos Azcapotzalco, Legaria y Tacubaya.		■			
<i>Región 4.</i> Jrisdicciones sanitarias: Venustiano Carranza, Iztacalco y Cuauhtémoc; Hospital General Gregorio Salas; Hospital Materno Infantil Inguarán y pediátricos: Peralvillo y Moctezuma.		■			
<i>Región 5.</i> Jurisdicciones sanitarias: Coyoacán y Benito Juárez; Hospital General Xoco; Pediátrico Coyoacán y Dirección de Urgencias y Servicios Médicos de Admón. de Justicia.			■		
<i>Región 6.,</i> Jurisdicciones sanitarias: Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac; Hospital General Milpa Alta; Hospital Materno Infantil Tláhuac y Hospital Pediátrico Xochimilco.			■		
<i>Región 7.</i> Jurisdicciones sanitarias: Tlalpan y Magdalena Contreras, hospitales materno infantiles: Topilejo y Magdalena Contreras.				■	
<i>Región 8.</i> Jurisdicciones sanitarias: Alvaro Obregón y Cuajimalpa; Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, así como.				■	
<i>Región 1.</i> Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero, hospitales generales Villa y Ticomán, Pediátricos San Juan de Aragón y Villa, Materno Infantil Cuauhtémoc.					■

Programa de Capacitación para la Prevención y Atención de la Violencia de Género Carta Descriptiva

Primer día del curso

Fecha/hora	Tema	Objetivo	Contenido Temático	Actividades	Ponente
9:00 a 9:15	Registro de Participantes y entrega de material. Inauguración.	Conocer la asistencia del personal al curso.		Lista de Asistencia.	
9:15 a 9:25		Agradecer la participación de los educandos en el curso.	Información genérica e inauguración del curso de capacitación.		Dra. Oliva López Arellano
9:25 a 9:40	Dinámica de Presentación	Conocer la conformación del grupo.			Dr. Servando Reséndiz Bautista
9:40 a 10:00	Evaluación Inicial	Investigar los conocimientos generales de los asistentes	<u>Antecedentes históricos y culturales que explican la violencia familiar.</u>	Examen de conocimientos	Dra. Sara Mondragón
10:00 a 13:50	Modulo Conceptualización y sensibilización del personal de salud en la atención de la violencia familiar.	Que el personal de salud identifique la violencia familiar como un problema real, y su magnitud y trascendencia en el desarrollo armónico individual y familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Conceptos básicos.</u> - El autoritarismo, control y poder en las estructuras familiares y sociales. - La discriminación como forma de violencia: etarismo, sexismo, racismo y clasismo. 	Entrega de material didáctico.	Dr. Francisco Trejo Martínez
			<u>Tipología de la Violencia.</u>	Exposición oral	Dr. Francisco Trejo Martínez
			- Clasificación de la violencia familiar	Preguntas y respuestas	M. C. Margarita Cruz Colunga
			Receso		FES Zaragoza
			<u>Enfoque de riesgo en la violencia familiar hacia grupos de vulnerables.</u>		
			- Causas y factores de riesgo sociales, familiares e individuales de la violencia familiar y sus efectos en niñas (os), adultos, discapacitados y adultos mayores.		Dra. Martha Torres Falcón IPN

Modelo Ecológico de la Violencia Familiar

Segundo día del curso

Fecha/ hora	Tema	Objetivo	Contenido Temático	Actividades	Ponente
9:00 a 9:30	Módulo II.- Atención Médica Integral.	Que el personal de salud disponga de las bases metodológicas para la correcta detección, atención y tratamiento de las víctimas y victimarios de violencia familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - La situación epidemiológica de la violencia familiar en México y en el Distrito Federal, magnitud del problema. - Técnicas para la identificación, clasificación y tratamiento de daños a la salud: físicos, psicológicos y sexuales, relacionados con violencia familiar menores de edad, adultos, discapacitados y adultos mayores y mujeres embarazadas. - El ciclo de la violencia familiar - Intervención en crisis 	Entrega de material didáctico. Exposición oral Preguntas y respuestas	Personal de Salud Mental de la red.
9:30 a 10:00			<ul style="list-style-type: none"> - Receso - Grupos de autoayuda - Psicoterapia individual - Psicoterapia grupal - Atención complementaria - Adicciones: Alcoholismo y Drogadicción. 		
10:30 a 14:00			<ul style="list-style-type: none"> - El papel de la Consejería en las víctimas y victimarios de violencia familiar. 		

Tercer día del curso

Fecha/ hora	Tema	Objetivo	Contenido Temático	Actividades	Ponente
9:00 a 11:30	Módulo III - Marco Normativo- Jurídico	Que el personal de salud, conozca, maneje y aplique en su ámbito de competencia, la normativa administrativa, civil y jurídica que regula la violencia familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos - Tratados Internacionales - Ley General de Salud - Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica - Alcances de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el D. F. 	<p>Entrega de material didáctico</p> <p>Exposición oral.</p> <p>Exposición de casos</p> <p>Preguntas y respuestas.</p>	<p>Lic. María Cuautle Hernández.</p> <p>IMPED.</p> <p>Dra. Venus Ma. Castellon Castellon.</p>
11:30 a 12:00			Receso		
12:00 a 14:00			<ul style="list-style-type: none"> -La medicina legal en la violencia familiar. Aviso al Ministerio Público - Aplicación de la Norma Oficial NOM 190. SSA-1. sobre Violencia Familiar 		

Cuarto día del curso

Fecha/hora	Tema	Objetivo	Contenido Temático.	Actividades	Ponente
9:00 a 11:30	Módulo IV.- Perspectiva Operativa-Administrativa.	Que el personal de salud conozca la importancia de registrar los casos en los formatos establecidos en la atención del usuario víctima o victimario de violencia familiar, así como realizar la correcta y oportuna referencia para iniciar o continuar el tratamiento médico, psicológico o jurídico.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan estratégico de Violencia Familiar. - El expediente clínico. - Cédula de detección de casos. - Sistema de referencia y Contrarreferencia para la atención de la violencia familiar. Red social, Centros de orientación, grupos de apoyo mutuo. 	Entrega de material didáctico Exposición oral. Exposición de casos Preguntas y respuestas	Dr. Angel González Dominguez. Lic. Araceli Argueta
11:30 a 12:00 12:00 a 14:00		<p>Receso</p> <ul style="list-style-type: none"> - La promoción en la atención de la violencia familiar. - Experiencias exitosas en materia de prevención y atención de víctimas y victimarios de la violencia familiar. 			Lic. Lupita Careaga. Dra. Ariatna Cisneros Renedo. Dra. Claudia Meza.

CAPÍTULO VIII

8. Bibliografía

ALATORRE WYNTER, EDDA. **El deber ser de las mujeres. Una ojeada al pasado.** Gaceta de la CNDH No. 92, marzo, México, 1998.

AZAOLA, ELENA. **El delito de ser mujer.** Edit. Plaza y Valdéz, México, 1996.

CADENA, FÉLIX. **La sistematización como creación de saber de liberación.** Ceea., Santiago sin fecha.

CADENA, FÉLIX. **“La sistematización como proceso, como producto y como estructura de creación de saber”** en la sistematización en el trabajo de Educación Popular, revista Aportes, Num.32, Consejo Internacional para la Educación de Adultos (CIDE), Chile, 1997.

CAMPELL, ANDREW. **La misión de los negocios.** Edit. Díaz de Santos, España, 1992.

CERTO, SAMUEL. **Dirección estratégica,** Edit. McGraw-Hill, España, 1997.

CORONEL, RAFAEL. **Estrategia, El cambio en la proyección del pensamiento empresarial,** Edit SICCO, México 1998.

CORSI, JORGE. **“Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar”,** en violencia familiar. ED. Piados, Buenos Aires, 1994.

DICCIONARIO de la Lengua Española Edit. Porrúa, 1969.

FAWCETT GILLIAN, VENGUER TERE, Et al., **Los servicios de salud ante la violencia doméstica,** edt. Ideama sa de cv, 1999.

FRED, DAVID. **Conceptos de administración estratégica,** Edit. Prentice Hall, Hispanoamérica S.A., México, 1997.

GUERRERO, ELIZABETH **“Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Balance de una década 1990-2000,** UNIFEM, 2002.

HAMERMESH, RICHARD. **Planeación estratégica,** Edit Limusa. México, 1995.

HEISE, LORI, et al. **“Violencia contra la mujer. La carga oculta de salud”,** en Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, 1994.

HERMIDA, JORGE. **Administración,** Edit. Macchi, Argentina, 1992.

HERNÁNDEZ, SERGIO. **Introducción a la administración,** Edit. McGraw-Hill, México 1994.

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN **Los servicios de salud ante la violencia doméstica,** México, 1999.

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIÓN DE FAMILIA Y POBLACIÓN. **El rol del personal de salud en la sociedad: un enfoque humanista.** México, 1999.

JARA, OSCAR. **Para sistematizar experiencias,** Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario (IMDEC), México 1997.

JARA, OSCAR "Tres posibilidades de sistematización" en sistematización de experiencias, (IMDEC), México 1997.

LÓPEZ, MARÍA VICTORIA, et.al. **Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia.** El caso de México-1979-1992. Rev. Salud Pública 30, No. 1, México, 1996.

LOZANO, RAFAEL. "Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México, en Andrew Morrión y María Loreto Biehl (eds.). El costo del silencio: Violencia doméstica en las Américas. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 1999.

MAQUEDA, JAVIER. **Cuadernos de dirección estratégica y planeación.** Edit. Diaz de Santos. España 1996.

MARTÍNEZ VILLEGAS FABIAN, **Planeación estratégica Creativa,** Editorial PAC, SA de CV, México DF, 1997

OHMAE, KENICHI. **La mente del estratega,** Edit. McGraw-Hill, México 1982.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **Informe Mundial sobre la Violencia y Salud,** publicado en español por la OPS de 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, **Informe Mundial sobre la Violencia y Salud,** publicado en español por la OPS de 2000.

QUIGLEY JOSEPH. **Visión, cómo la desarrollan los líderes, la comparten y la sustentan.** Edit. McGraw- Hill, Colombia 1996.

RAMÓN DE LA PEÑA MANRIQUE, **Manual del consultor en planeación,** Noriega editores, Editorial Limusa, México 1994.

RAMOS LIRA, LUCIANA Y COLS. **Violencia Sexual y Problemas Asociados en Una Muestra de Usuarías de un Centro de Salud.** Revista del INSP, Vol.43 Julio mayo-Junio del 2001 (Estudio realizado en el 2000); (Documento Violencia Doméstica. Red de Referencia del Distrito Federal).

RIQUER, FLORINDA et al., "**Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública**", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México, The Population Council-Edamex, México, 1996).

SAGOT, MONSERRAT. "**La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**", Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, salud y Desarrollo, 2000.

SANDOVAL, AVILA ANTONIO. **Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social** pp.113-115, editorial Osvaldo Dubini, ciudad autónoma de buenos aires 2001

SAUCEDO IRMA GONZÁLEZ, **Violencia doméstica, modelo de intervención en unidades de salud** 1ª. Edición 2002.

SECRETARÍA DE SALUD, GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN. **Salud reproductiva y violencia contra la mujer**. Un análisis desde la perspectiva de género. Coordinación y compilación: Marcela Granados Shiroma, Romeo E. Madrigal Hinojosa, Patricia Aguirre zurita, Dora Elvia Toba de la Peña, Adrián Martínez Tamayo, Fernando Rodríguez valdés, Sandra Luz Rivera Cuellar.

STEINER, GEORGE. **Planeación estratégica. Lo que todo director debe saber**. Edit. CECSA. México 1983.

STONER, JAMES. **Administración**, Edit. Pretence Hill Hispanoamérica S.A. México 1989.

TOVAR LÓPEZ, LORENA. **México y las convenciones internacionales en materia de derechos humanos**. México, 1994.

VALDÉZ, ROSARIO Y HUME, PATRICIA. **Violencia Doméstica, Cidhal Centro para mujeres**, México, Valdéz 1998.

VALDÉZ, ROSARIO Y JUÁREZ, CLARA. **Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Mental de las Mujeres: Análisis y Perspectiva en México**. Salud Mental V.21 No 6, dic. 1998

VALDÉZ, SANTIAGO, ROSARIO. **Panorama de la violencia doméstica en México: antecedentes y perspectivas**. Ponencia presentada en el VII Congreso de investigación en salud pública. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1998.

WALKER, LEONARE. "**Descripción del ciclo de violencia conyugal**", en Mujer y violencia, cuadernos de la mujer No 3, Ceplades, Quito 1986.

Ordenamientos jurídicos

Asamblea General de las Naciones Unidas. **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria, 20 de diciembre 1993).

La Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, celebrada en la Ciudad de México, en 1975.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979.

La Conferencia Mundial del Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en Copenhague, Dinamarca en 1980.

La Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los logros del Decenio de Naciones Unidas -Igualdad, Desarrollo y Paz- celebrada en Nairobi, en 1990.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, celebrada en la ciudad de Belém Do Pará, Brasil, en 1994.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, 1995.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1997.

Ley General de Salud. 1984

Norma Oficial Mexicana. 190, SSA-1999. **Prestación de servicios de salud, criterios para la atención médica de la violencia familiar.** Secretaría de Salud. 1999

Código Civil Para el Distrito Federal.

Nuevo Código Penal para el DF. 2002

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. 1988

Fuentes gubernamentales

Programa Mujer y Salud (PROMSA), Secretaría De Salud **Violencia Familiar**, 2002.

Programa Mujer Salud (PROMSA), Secretaría De Salud, **Presupuestos Sensibles Al Género**, 2000.

Gobierno del Distrito Federal Secretaría de Desarrollo Social. **La perspectiva de Género. Una herramienta para construir la equidad en la familia y el trabajo.** México, 1999.

Hemerografía

Hijar Medina, Martha et. al. **Violencia y lesiones.** Rev. Salud mental, V. 15, No. 1. México, marzo 1992.

Secretaría de Salud Revista Género y Salud en cifras, V.1,2 y 3, 2003

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Revista DFensor, 2003

Procuraduría General de Justicia del DF; Dirección General de Atención a víctimas del Delito, 1994.

Revista "Basta", un boletín sobre como integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva, 2000.

Recursos electrónicos

<http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/womens-humanrights.htm>

<http://www.rolac.unep.mx/mujer98/mjsal-e.htm>

<http://www.inmujeres.gob.mx/proyectos/ipeg.html>

<http://www.inmujeres.gob.mx/proyectos/pronavi2.html>

<http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/genderbased.htm>

<http://www.grupoese.com.ni/2002/bm/ed70/violencia70.htm>

<http://www.fundacionmujeres.ef/mercurio/argumentos/bonino.htm>

<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/symflyers.pdf>

<http://www.cnm.gov.ar/recursos/rec0403.htm>

<http://www.une.edu.ve/kids/convencion.htm>

<http://www.clinicapsi.com/violencia%20familiar.html>

http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/maypa/violencia/html/sec_4.htm