El Colegio de la Frontera Norte

EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA ESTRATEGIA TODOS SOMOS JUÁREZ, 2010-2012, EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

Tesis presentada por

Juan Vargas Sánchez

para obtener el grado de

MAESTRO EN ACCIÓN PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de tesis: _____
Dra. Ietza Bojórquez Chapela

Aprobado por el Jurado Examinador:

1. _____

2. _____

3. _____

Dedicatoria

A mis maestras y maestros, cuyo conocimiento es una pléyade de luces en un camino de penumbras.

A las y los informantes que desde la confidencialidad hicieron posible este trabajo.

A mis compañeras y compañero de aventura estos dos años. Por las lágrimas expresadas, y las contenidas. Por las risas y comidas compartidas.

A Isabel, por el relámpago, la lluvia y los sueños compartidos.

A Maricela Jr. y Pablo, por su cariño y generosidad sin medida.

A Maricela, por su constancia y apoyo sin condiciones.

A Juan Ángel y Miguel Alfredo, por su terquedad en ser buenos y cariñosos hijos.

A Mariana, por haberme reconectado con las raíces de mi genealogía cuando lo necesitaba.

Déjalo…está demasiado ensimismado,

para darse cuenta

que es posible volar.

(Extracto de un sueño)

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por haber sufragado los gastos de esta Maestría.

A El Colegio de la Frontera Norte (El Colef), por haberme aceptado como estudiante y darme la oportunidad de aprender de profesores sobradamente capacitados.

Al Dr. Sergio Peña Medina, por su apoyo como coordinador y docente de la Maestría, por las recomendaciones siempre oportunas y los materiales facilitados para la elaboración de esta tesis.

A la Dra. Ietza Bojórquez Chapela, por su acompañamiento siempre cercano, cálido y amable, y su profesionalismo y sabiduría en la dirección de este trabajo de tesis.

A mis lectoras interna y externa, Dra. María Lourdes Romo Aguilar y Dra. Luciana Ramos Lira, por sus comentarios y valiosas aportaciones para la mejora de esta tesis.

RESUMEN

Esta investigación evalúa la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez (ETSJ), que estuvo vigente entre los años 2010 al 2012. En ella se analiza si la conceptualización y diseño del programa fueron los indicados para generar acciones de salud que contribuyeran a la disminución de la violencia homicida atípica registrada a partir del año 2012 en Ciudad Juárez, Chihuahua.

El marco teórico se adscribe al modelo racional en la planeación de políticas públicas. Otro componente del marco teórico es el concepto de violencia homicida atípica, que hace referencia a un tipo específico de violencia que deriva de la inestabilidad del mercado de drogas y del combate que asumió el gobierno federal en esa época contra el narcotráfico.

La conceptualización y diseño del Programa de Salud, fueron extraídos y articulados a partir de información documental y 17 entrevistas semiestructuradas aplicadas a actores involucrados, mediante el método sistemático para la evaluación de la teoría del programa. Se concluye que la teoría del Programa de Salud no es evaluable, debido a que carece de una teoría única de su funcionamiento esperado, así como de que su conceptualización y diseño eran poco probables que generaran acciones que redujeran la violencia homicida atípica.

Palabras clave: Teoría del Programa de Salud, evaluación, máxima pragmática, razonamiento abductivo, violencia homicida atípica.

ABSTRACT

This research evaluates the Health Program theory of the Estrategia Todos Somos Juarez (ETSJ), which was in force from 2010 to 2012. It examines whether the conceptualization and design of the program were suitable to generate health actions that contribute to decreased atypical homicidal violence recorded from the year 2012 in Ciudad Juarez, Chihuahua.

The theoretical framework is ascribed to the rational model in planning public policy. Another component of the framework is the concept of atypical homicidal violence; this concept refers to a specific type of violence that derives of the uncertainty of the market of drugs and of the combat that the federal government assumed in that time against the drug traffic.

The conceptualization and design of the Health Program, was extracted and articulated from documents and 17 semi-structured interviews applied to stakeholders through systematic method for evaluating the program theory. We conclude that the Health Program theory is not assessable because it lacks a single theory of operation expected, and that its conceptualization and design was unlikely to generate actions that reduce atypical homicidal violence.

Keywords: Health program evaluation theory, pragmatic maxim, abductive reasoning, atypical homicidal violence.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN…….. 1

CAPÍTULO I. VIOLENCIA, HOMICIDIO INTENCIONAL, Y VIOLENCIA HOMICIDA ATÍPICA……..... 5
1.1. Teorías y conceptualizaciones de la violencia……...… 5
1.2. Homicidio intencional: Panorama mundial y local…… 7
1.3. La violencia homicida atípica…… 11

CAPÍTULO II. ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA Y PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN CIUDAD JUÁREZ 2008-2012……..... 18
2.1. Enfoques para la prevención e intervención en la violencia de Estado...…….. 18
2.2. Enfoques para la prevención e intervención en la violencia derivada de la delincuencia ordinaria……... 19
2.3. Modelo "Prevención de violencia y reforzamiento de la seguridad humana: un marco basado en derechos humanos para la acción *top-down y botton-up*"……. 20
2.4. Enfoque de Naciones Unidas para la prevención e intervención en la violencia derivada de la delincuencia organizada trasnacional……. 21
2.5. Programas implementados en Ciudad Juárez, 2008-2010……. 22
2.5.1. La Estrategia Todos Somos Juárez y el Programa de Salud……... 24

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO: EL MODELO RACIONAL DE PLANEACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE UNA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA……. 31
3.1. Enfoques teóricos para el diseño de programas y políticas públicas……. 31
3.2. El modelo racional y la principal crítica que se ha erigido en su contra…….. 32
3.3. Aplicación del pragmatismo a los problemas "malignos"……. 33

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO…….. 39
4.1. Historia de la evaluación de programas y políticas públicas en países desarrollados y en México…… 39
4.2. Métodos de evaluación de programas y políticas públicas……... 41
4.2.1. Evaluación de la teoría del programa……..... 44
4.3. Diseño metodológico…… 48

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN…… 51
5.1. Resultados y análisis de la información para la evaluación de la teoría explícita del Programa de Salud…….. 51
5.1.1. Articulación de la teoría explicita del Programa de Salud a partir de los documentos……. 52
5.1.2. Articulación de la teoría explícita del Programa de Salud a partir de la información de las entrevistas…… 56

5.1.2.1. Información de entrevistas de líderes de OSC…… 56
5.1.2.2. Información de entrevistas a funcionarios de salud de Chihuahua... 57
5.1.2.3. Información de entrevistas a consultores y funcionarios de la OPS.. 59
5.1.3.Correspondencia de la teoría explícita contenida en la información de documentos y entrevistas……..…….. 60
5.2. Teoría implícita del Programa de Salud……. 62
5.2.1. Definición de los límites del programa a partir de información proporcionada por líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses. 62
5.2.1.1. Beneficios buscados por líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses……..… 62
5.2.1.2. Mecanismos utilizados por líderes de OSC y funcionarios de salud de Chihuahua para alcanzar los beneficios...…….. 67
5.2.1.3. Limitaciones de la teoría implícita del Programa de Salud a partir de la información proporcionada por informantes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses…… 68
5.2.2. Definición de los límites del Programa de Salud a partir de la información de consultores y funcionarios de la OPS……. 70
5.2.2.1. Beneficios esperados contenidos en información de consultores y funcionarios de la OPS…… 70
5.2.3. Aplicación del método de evaluación a los límites de la teoría implícita del Programa de Salud…… 72

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES…… 75
6.1. Conclusiones derivadas de la teoría del Programa de Salud…… 75
6.2. Conclusiones de la plausibilidad de la conceptualización y diseño del Programa de Salud para la disminución de la violencia homicida atípica…… 79
6.3. Limitaciones de la metodología utilizada en esta tesis…… 80
6.4. Recomendaciones acerca del diseño de programas…… 80
BIBLIOGRAFÍA…….. i
ENTREVISTAS…… vii
ANEXOS…….. ix
Anexo 1. Consentimiento informado……. ix
Anexo 2. Guía de entrevista…… xi
Anexo 3. Lista de códigos con definición…….. xiv
Anexo 4. Lista de códigos por número de pregunta…… xvii
Anexo 5. Datos de informantes……... xx

ÍNDICE DE GRÁFICAS, CUADROS Y ESQUEMA

Gráfica 1.1. Tasas de homicidios en la Región de las Américas, año 2012…….. 8
Gráfica 1.2. Tasa promedio de homicidios en entidades mexicanas, 2007-2012……... 10
Gráfica 1.3. Municipios con tasas de homicidio más elevadas en el estado de Chihuahua, 2007-2012…… 11
Cuadro 1.1. Homicidios masivos: años 2008 a enero 2010……..... 16
Cuadro 3.1. Tipos de razonamiento…… 34
Cuadro 5.1. Información para articular la teoría explícita del Programa de Salud……. 54
Esquema 4.1. Métodos de evaluación de programas y políticas públicas…….. 44

INTRODUCCIÓN

En el año 2008, Ciudad Juárez, Chihuahua, registró un incremento repentino en la tasa de homicidios derivado de la inestabilidad del mercado de drogas y del combate al narcotráfico por parte del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (Pereyra, 2012). En esta "guerra", como fue llamada, el Gobierno Federal utilizó las fuerzas militares y federales en esta localidad, con la finalidad de disminuir la violencia. Sin embargo, después de dos años de actividades, este fenómeno seguía en aumento.

En el año 2010, el ejecutivo federal cambió su estrategia para enfrentar la grave situación de los homicidios, al convocar a la ciudadanía juarense y a los otros dos órdenes de gobierno, para el diseño e implementación de lo que llamaron Estrategia Todos Somos Juárez (ETSJ), [1] "con la finalidad de disminuir la inseguridad y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de este municipio" (Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad, sin año, sin página), en la que invirtieron poco más de 5 000 millones de pesos.

Esta Estrategia estuvo compuesta por seis mesas o programas: [2] Seguridad, economía, trabajo, desarrollo social, educación y salud. De éstas derivaron 160 propuestas de trabajo o acciones, las cuales el Gobierno Federal adoptó como compromisos [3] que tendrían resultados, en menos de 100 días.

El Programa de Salud, propuso 40 acciones, las cuales se dividieron en cinco submesas o subprogramas: [4] Adicciones, salud mental, infraestructura física en salud, cobertura, y prevención y promoción de la salud.

---

[1] En adelante la Estrategia o por las siglas ETSJ.

[2] En el discurso, los entrevistados se refirieron de manera indistinta a las partes en las que se dividió la ETSJ como mesas o programas de trabajo. Este trabajo de tesis en adelante se referirá a esta división como programas.

[3] Las propuestas, acciones o compromisos de trabajo son referidas de manera indistinta, tanto en los documentos que hacen referencia al Programa de Salud, como en el discurso de los entrevistados. La diferencia entre los dos primeros conceptos y el tercero, es la adopción de éstos como obligaciones adquiridas por parte del Gobierno Federal, pero son lo mismo. En este trabajo de tesis se denominarán como acciones de trabajo, o simplemente acciones.

[4] En el discurso de los entrevistados, las subdivisiones del Programa de Salud fueron referidas como submesas o mesas de trabajo. Con la finalidad de evitar confusiones, se hará referencia a ellas como subprogramas del Programa de Salud, o simplemente como subprogramas.

Además, se formalizaron Consejos Ciudadanos con la finalidad de vigilar que el gobierno cumpliera las acciones propuestas por los juarenses. Tres rasgos que diferenciaron a la Estrategia, de las anteriores formas de intervención de tipo militar-policial fueron: la participación ciudadana, la integralidad de las políticas públicas y la corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno (Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad, sin año, sin página).

Dos años después de iniciada la ETSJ, se observó un drástico decremento en los homicidios, ya que pasó de una tasa de 269.4 por 100 mil habitantes, en el año 2010, a una de 64.1, en el 2012; por lo que sus ideólogos atribuyeron una parte importante de ese logro a las intervenciones realizadas mediante ésta.

Lo anterior sin embargo, lleva a plantear algunas consideraciones para poder hacer alguna afirmación en cualquier sentido. Vale la pena partir del supuesto de que la realización de una serie de acciones y su correlación con ciertos efectos deseados, no tiene implícita una cadena causal, ya que múltiples factores pudieron haber contribuido a que se dieran tales resultados. De esta manera, resultaría fundamental evaluar la Estrategia completa. Sin embargo, las capacidades materiales y temporales para realizar una tarea de tal envergadura, obligan a acotar la evaluación a la conceptualización y al diseño de uno de sus programas, el de salud. Esto responde a que, por un lado, la Estrategia es el primer programa integral de intervención en un contexto de violencia homicida atípica [5] en México y es necesario determinar si su teoría fue la indicada para generar acciones que coadyuvaran a la disminución de la tasa de homicidios registrada a partir del año 2012, lo que permitirá recomendar o no, su aplicación en otros lugares de México que vivan esquemas semejantes de violencia. Y por otro, a que se desconoce si el Programa de Salud ha sido evaluado, y si se tienen datos científicos que avalen los resultados que se le confieren, siendo necesario generar información para comprender y mejorar, en caso de ser necesario, la conceptualización y diseño de este nuevo modelo.

[5] Esta idea se le escuchó por primera vez al Dr. Gustavo Córdova Bojórquez, en la clase de Gobernanza y actores sociales, impartida en el segundo semestre, en febrero-junio del 2013, de la Maestría en Acción Pública y Desarrollo Social, de El Colegio de la Frontera Norte (El Colef). Sin embargo, no la desarrolló. Se remitió a explicar que la violencia era inusual, por el elevado número de homicidios, en Ciudad Juárez. Como se verá más adelante esta es una de las características que se argumenta que hace diferente a la violencia homicida atípica de la violencia normal o cotidiana.

Con base en lo anterior, en este trabajo de tesis se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la teoría subyacente a las acciones de salud del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez y qué tan indicada fue para contribuir a la disminución de la violencia homicida atípica, registrada a partir del año 2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua?

El objetivo general fue evaluar la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez, con la finalidad de determinar si su conceptualización y diseño fueron los indicados para generar acciones de salud que contribuyeran a la disminución de la violencia homicida atípica.

Como se detalla en un capítulo posterior, esta investigación considera como marco teórico al modelo racional de planeación de las políticas públicas, apoyado en la perspectiva pragmática. Se utiliza también el concepto de violencia homicida atípica para la interpretación de la información, entendiendo como tal a un tipo de violencia que deriva de la inestabilidad del mercado de drogas y del combate contra el narcotráfico por parte del ejecutivo federal.

Para la evaluación de la teoría del Programa de Salud se siguió el método sistemático de Rossi, *et al*., (2004). Para este enfoque, "cada programa social está basado sobre algún plan o modelo que representa la manera en la que se supone trabaja" (Rossi, *et al*., 2004: 55). Este modelo, ha sido previamente conceptualizado y diseñado, explícita o implícitamente, de manera que llega a ser "el plan de operación, la lógica que conecta sus actividades con los resultados previstos, y la racionalidad de por qué hace lo que hace" (Rossi, *et al*., 2004: 44). Por tanto, "la teoría del programa es la concepción de qué se debe hacer para lograr los beneficios sociales previstos. Como tal, es el fundamento sobre el que descansa todo programa" (Rossi, *et al*., 2004: 134).

Para el análisis de la información se partió de una aproximación realista, que considera que la realidad de los fenómenos sociales se presenta bajo leyes regulares y razonables. Estas constantes y secuencias enlazan los fenómenos lingüísticos, las decisiones, los conflictos, las estructuras y las jerarquías sociales, entre otras, que son construidos por las

personas de formas comunes y a la vez transformadas continuamente. De estos patrones se pueden derivar constructos que subyacen a la vida individual y social (Miles, Huberman, 1994).

Este estudio exploratorio y retrospectivo se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua, en torno al periodo 2010-2012. Se utilizó una muestra de sujetos tipos, encontrando a los informantes mediante bola de nieve (Hernández Sampieri, *et al.*, 1991). Lo que se buscó con esto, fue entrevistar a los personajes más representativos o reconocidos por otros actores sociales participantes en el Programa de Salud: Líderes de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), funcionarios estatales, federales y municipales. De los funcionarios, se logró entrevistar a los primeros; no se tuvo acceso a los otros dos grupos, por la imposibilidad de contactarlos o por la negativa de participar en este estudio. Un grupo no considerado al principio, y que resultó de la bola de nieve, fue el de los consultores y funcionarios de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

La información se obtuvo de las siguientes fuentes: a) documentos y materiales relacionados con el Programa de Salud y b) la experiencia directa de participantes en la elaboración del Programa de Salud, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada. Adicionalmente se elaboraron dos formatos: uno para los datos de las fuentes documentales y otro para resumir la información de las entrevistas. Se utilizó el programa Atlas Ti, versión 6.2, para la organización y análisis de la información.

En esta tesis, después de describir el marco teórico, métodos y resultados obtenidos acerca de la teoría del programa, se argumentan dos conclusiones. La primera es que la conceptualización y diseño del Programa de Salud, no es evaluable, en el sentido de no haber tenido el grado de articulación suficiente entre las acciones y los efectos esperados. La segunda, es que la teoría del programa no muestra un abordaje plausible para generar acciones que contribuyeran a la disminución de la violencia homicida atípica, registrada a partir del año 2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua. Además, se describen algunas limitaciones del método sistemático de evaluación de programas, y se ofrecen varias recomendaciones para futuros estudios de este tipo.

CAPÍTULO I. VIOLENCIA, HOMICIDIO INTENCIONAL Y VIOLENCIA HOMICIDA ATÍPICA

Este capítulo está dividido en tres partes. La primera describe de manera sucinta las teorías y conceptualizaciones más sobresalientes sobre la violencia. La segunda define qué es el homicidio intencional y hace un resumen de este fenómeno a nivel mundial, para luego concentrarse en México, particularmente en Ciudad Juárez, Chihuahua. La tercera hace una revisión de las características de la violencia homicida derivada de la inestabilidad del mercado de drogas y de la ofensiva contra el narcotráfico por parte del gobierno federal, las cuales son resumidas en el concepto de violencia homicida atípica.

1.1. Teorías y conceptualizaciones de la violencia

La violencia perturba severamente el desarrollo potencial de los pueblos en el mundo. Desalienta la democratización y el apego a la ley, ya que mina la confianza de la población en el aparato de justicia (UNODC, 2014a: 7); deteriora las capacidades de construcción de capital social, y reduce la participación política y social; y es usada por autoridades políticas y cuerpos policiacos y militares para enriquecerse y perpetuarse en estructuras de poder no democráticas en lugar de servir a los ciudadanos (Kjaerulf, Barahona, 2010). Así mismo, "la violencia es una amenaza a las libertades esenciales de los derechos humanos -en particular, el derecho a vivir sin miedo-" (Kjaerulf, Barahona, 2010: 382).

Existen varios abordajes teóricos para el estudio de la violencia, desde los más apegados a los aspectos biológicos, ambientales y sociológicos, hasta conceptualizaciones amplias y tipificadas como el enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS), o trasnacionales como el de Naciones Unidas (ONU).

Dentro de los abordajes biológicos han destacado los de la etología y las neurociencias. La primera, resalta la instintividad de la conducta violenta. Las segundas, han identificado algunas áreas cerebrales relacionadas con la falta de control de los impulsos violentos, en particular la prefrontal, y han identificado algunas hormonas como la testosterona, o el uso de algunas drogas como facilitadoras de la violencia (Pinel, 2001).

Otro grupo de teorías explican la violencia causada por determinados ambientes sociales. En este grupo predomina la teoría de la frustación-agresión. Ésta explica que algunos entornos sociales propician un montante de tensión, llamado frustración, en aquellos individuos que pretenden alcanzar determinados satisfactores y no lo logran, lo que puede llevarlos a conductas agresivas (Kimble, *et al.*, 2002).

Desde la perspectiva sociológica sobresalen dos teorías: la anomia o ruptura y la de las formas de socialización. La primera explica que la violencia deriva de la ruptura o desajuste del orden social, por ejemplo, los cambios sociales acelerados, en donde se disuelven los mecanismos tradicionales de control social. En la segunda, la génesis de la violencia derivaría del traspaso de conocimientos delincuenciales a través de grupos subculturales, tales como la familia, los amigos, entre otros (Kimble, *et al.*, 2002).

La OMS (y en general los modelos de salud pública) ha adoptado el modelo ecológico para explicar los orígenes y factores de riesgo de la violencia (Kjaerulf, Barahona, 2010). Es por esto, que entiende a la violencia como resultado de causas individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Y la define como ”el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS, 2003: 5).

Además, ha establecido la siguiente tipología: la violencia autodirigida, cometida por la personas y destinada hacia sí misma; la violencia interpersonal, que incluye las distintas ramificaciones de la violencia familiar; la violencia comunitaria, que contiene a la violencia juvenil, la violencia institucional en ambientes escolares, laborales, entre otras; y la violencia colectiva, a la que ha definido como "el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo -ya sea transitorio o con identidad más permanente- contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales" (OPS, 2002: 235).

Esta puede subdividirse en: “violencia social, que incluye crímenes de odio y actos terroristas; violencia política, que incluye la guerra y conflictos violentos relacionados,

violencia de Estado y actos semejantes realizados por grupos grandes motivados por la ganancia económica, […] la delincuencia organizada de carácter violento, como el vandalismo y las guerras entre pandillas” (Kjaerulf, Barahona, 2010: 384).

Por último, para Naciones Unidas una de las causas de la violencia deriva de la delincuencia organizada trasnacional, a la que define como "cualquier delito trasnacional grave realizado por tres o más personas con el objeto de obtener beneficios materiales" (UNODC, 2010: vii). Una lista no exhaustiva de este tipo de delincuencia consiste en: tráfico de armas, de drogas, de recursos naturales y de humanos; falsificación de productos, piratería marítima, cibercrimen y contrabando de migrantes. De las anteriores, las actividades delictivas juzgadas como más sanguinarias son las relacionadas con el tráfico de drogas (UNODC, 2010).

1.2. Homicidio intencional: Panorama mundial y local

Dentro de las múltiples manifestaciones de la violencia, destaca aquella que significa el último grado de pérdida del respeto a la vida humana: el homicidio doloso o intencional. Éste, concatenado con otros delitos violentos, "es una amenaza para la población en cuanto que su impacto va más allá de la pérdida de vidas humanas y puede generar un entorno de miedo e incertidumbre" (UNODC, 2014a: 1). Además, cuando la justicia no se aplica, la impunidad puede conducir a otro tipo de victimización al negar el derecho humano básico de la justicia (UNODC, 2014a).

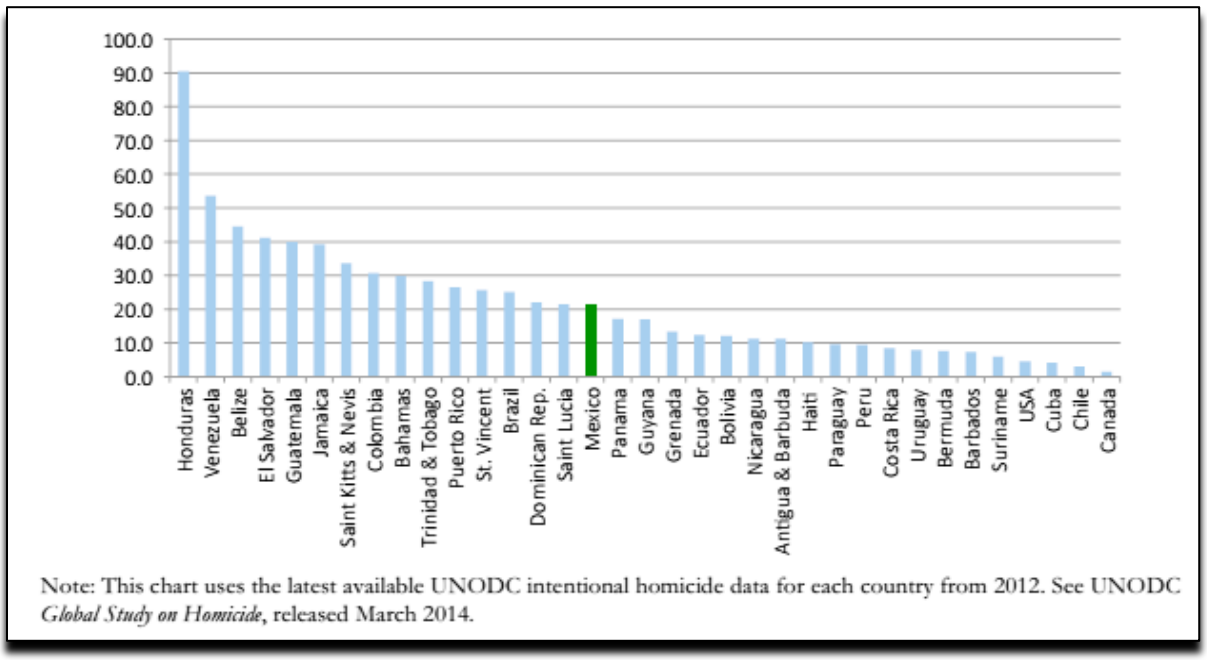
El homicidio intencional ha sido definido por la Oficina de Naciones Unidas Sobre Drogas y Crimen (UNODC), como "la muerte ilegal infligida intencionalmente sobre una persona por otra" (UNODC, 2014b: 1). En este acontecimiento el elemento central es la responsabilidad completa del homicida. De esta manera quedan excluidos otro tipo de homicidios, tales como las muertes ocurridas en guerras, el suicidio, o aquellos no intencionales, entre otros. Así mismo, considera que el homicidio es uno de los indicadores de mayor comparabilidad y exactitud para medir la violencia, debido a la evidencia del cadáver (UNODC, 2014b).

En el año 2012, a nivel mundial fueron víctimas de homicidio 437 000 personas, lo que representó una tasa global de 6.2 por 100 mil habitantes (UNODC, 2014b). De ese número de homicidios, 36 por ciento fueron cometidos en el Continente Americano, 31 por ciento en África, 28 por ciento en Asia, 5 por ciento en Europa y 0.3 por ciento en Oceanía (UNODC, 2014a: 1).

En relación a las tasas de homicidio por Continente, en América, en el año 2012, se registró una tasa de 30 por 100 mil habitantes, la cual es la más alta del mundo. En contraste, Asia, Europa y Oceanía están por debajo de 4.5 (UNODC, 2014b).

A pesar de que la tasa de homicidios en la Región de las Américas es la más alta del mundo, su distribución no es homogénea, los extremos corresponden a Honduras, con una tasa de 90.4, y Canadá, con una tasa aproximada de 1.5. México tiene una tasa "moderada" de 21.5 (Heinle, *et al.*, 2014) (ver gráfica 1.1).

Gráfica 1.1. Tasas de homicidios en la Región de las Américas, año 2012

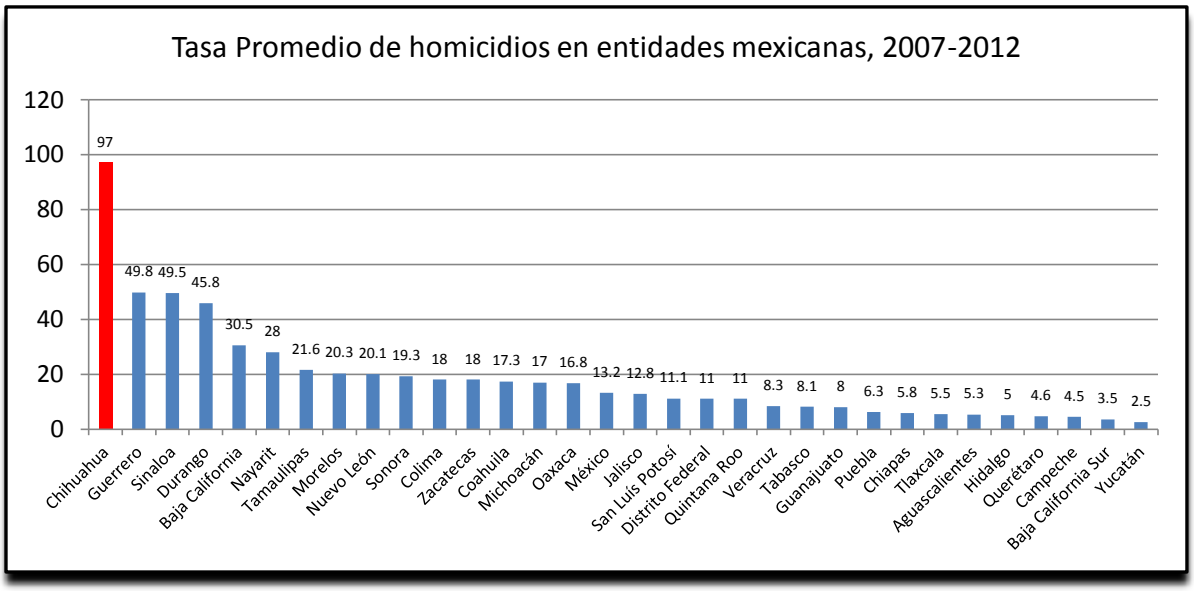


Fuente. Heinle, *et al.*, 2014.

Ahora bien, dos aspectos son necesarios de considerar en el caso de México, en cuanto a la tasa de homicidios “moderada” que presenta. Primero, que ningún otro país en el hemisferio ha tenido un incremento tan grande, ni tan acelerado, en la tasa de homicidios en la última década (Heinle, *et al.*, 2014: 2). "Entre 1990 y 2007 la tasa nacional de homicidios había disminuido sistemáticamente, año tras año; alcanzó un máximo de 19 homicidios por cada 100 mil habitantes en 1992, y a partir de entonces comenzó a bajar hasta llegar a un mínimo de ocho homicidios por cada 100 mil habitantes en 2007" (Escalante Gonzalvo, 2011: sin página). Sin embargo, en el año 2011, la tasa de homicidios aumentó a 24.2 por cada 100 mil habitantes, es decir, sufrió un súbito incremento de 284.7 por ciento, en cuatro años, aunque en el año 2012 experimentó una leve disminución a 23.1 (INEGI, 2014). Segundo, si bien, la tasa de homicidios en este país puede considerarse como moderada, es cuatro veces más alta que la meta recomendada por la Organización Mundial de la Salud para los homicidios (5 por 100 mil habitantes) (OPS, 2013).

En cuanto a la distribución de la tasa de homicidios por 100 mil habitantes, entre los años 2007 al 2012, en las entidades federativas mexicanas, destacan Nayarit, Baja California, Durango, Sinaloa, Guerrero y Chihuahua, con promedios por encima de la media nacional. El caso del estado de Chihuahua sobresale por estar poco más de cuatro veces arriba de este parámetro (ver gráfica 1.2).

Gráfica 1.2. Tasa promedio de homicidios en entidades mexicanas, 2007-2012

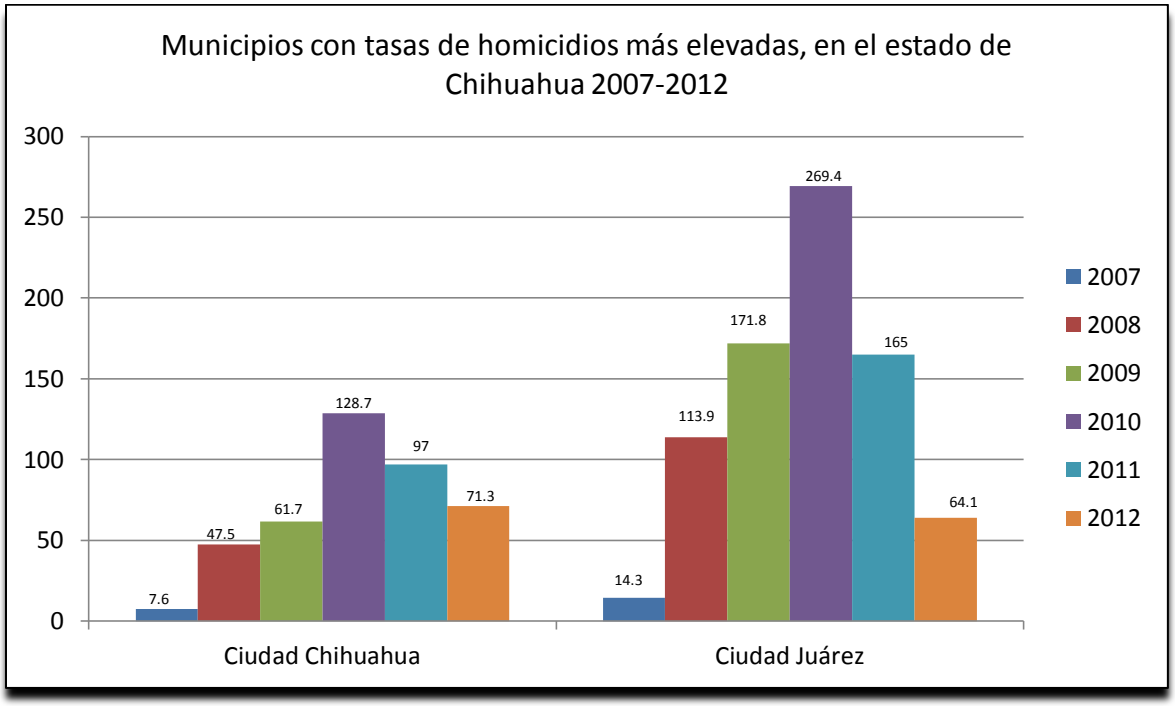


Fuente. Elaboración propia con datos de INEGI, 2013.

El estado de Chihuahua está compuesto por 67 municipios. Tiene una población total de 3, 406,465 habitantes, de los cuales 1, 332, 131 corresponden a Ciudad Juárez y 819,543 a la ciudad de Chihuahua (INEGI, 2010). Estas dos ciudades concentran 63 por ciento de la cantidad total y las tasas más altas de homicidios en la entidad.

En la gráfica 1.3, se muestra que la cúspide de las tasas de homicidios en ambos municipios se presentó en el año 2010. La ciudad de Chihuahua pasó de 7.6 en 2007 a 128.7, lo que representó un incremento porcentual de 1693.4 y Ciudad Juárez en la misma época cambió de 14.3 a 269.4, lo que constituyó un aumento de 1883.9 por ciento. Posteriormente vendría una disminución, nuevamente dramática; en el año 2012 el municipio de Chihuahua pasó a una tasa de 71.3 y Ciudad Juárez a una de 64.1.

Gráfica 1.3. Municipios con tasas de homicidio más elevadas en el estado de Chihuahua, 2007-2012



Fuente. Elaboración propia con datos de INEGI: Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos (SIMBAD), 2014; Censo de Población y Vivienda 2010; y II Conteo de Población y Vivienda 2005.

1.3. La violencia homicida atípica

Pereyra (2012), considera que "las razones del incremento de la violencia en los años recientes en México deben rastrearse en la inestabilidad del mercado de drogas y el combate militar que asumió el gobierno de Felipe Calderón" (Pereyra, 2012: 429), contra el narcotráfico. Tal tipo de violencia tiene sus propias características y modos de expresarse, que la diferencian de la violencia cometida por el delincuente ordinario.

La Procuraduría General de la República (PGR) señala que en México, la delincuencia organizada, especialmente la relacionada con los cárteles de drogas, es producto de un proceso evolutivo que de la criminalidad ordinaria llegó a convertirse en organizada y trasnacional. En esta transición, la delincuencia “común" se especializa en una estructura de

tipo empresarial, con líneas técnicas de operación y ejecución, bajo principios desarrollados de división del trabajo. En la búsqueda del cumplimiento de sus objetivos, sean de tipo político, económico o social, utiliza como principales instrumentos a grupos de sicarios y a la corrupción de las autoridades. Su fuerza estriba en las alianzas y vínculos con otros grupos delictivos, con los poderes políticos, económicos o militares. Y cuando traspasa las fronteras del país de origen, se convierte en delincuencia organizada trasnacional (PGR, 2012).

Para Benítez Manaut (2010), el ascenso del crimen organizado, en particular de los cárteles de drogas mexicanos, se originó "cuando se consolid(ó) un mercado de consumo de marihuana y heroína en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial" (Benítez Manaut, 2010: 10). Posteriormente, entre las décadas de los años cincuenta y los años noventa del siglo XX, se generó una transición de la tolerancia a las drogas al surgimiento de políticas para su control. En ese período, particularmente a partir de la década de los años setenta, México inició la cooperación con los Estados Unidos para el combate a las drogas. [6] En esas relaciones "el narcotráfico se globaliza por la relación trasnacional entre producción, comercio y consumo" (Benítez Manaut, 2010: 10). Así mismo, el aumento del poder de las mafias mexicanas, se dio como consecuencia de la desarticulación de los dos principales cárteles colombianos: el de Medellín y el de Cali. Ello, fortalecido por la implementación del Plan Colombia desde 1999, cuya finalidad consistió en “encontrar soluciones al conflicto armado interno y al problema del narcotráfico” (Rojas, 2007: 15) en Colombia, y el cierre de las rutas del Caribe a los cargamentos de cocaína, llevó a que los narcotraficantes mexicanos fueran controlando paulatinamente el comercio de cocaína, y que se abrieran las rutas de Centroamérica y el Océano Pacífico. Como resultado, a inicios del siglo XXI se consideraron consolidados los siguientes cárteles mexicanos: el del Golfo, el de Sinaloa, el de los Beltrán Leyva, el de Juárez, el de Tijuana y la Familia Michoacana. "Así, el éxito en el desmantelamiento de los grandes monopolios criminales colombianos llevó al fortalecimiento de estas organizaciones mexicanas" (Benítez Manaut, 2010: 11). En consecuencia, "cuando los cárteles se consolidan, comienza una *guerra* entre ellos por el control de embarques, rutas de tránsito, bodegas y puntos de entrada a Estados Unidos. Se desata una violencia nunca antes vista en México y se convierten las ciudades fronterizas en

[6] La primera ofensiva militar del gobierno mexicano contra el narcotráfico fue la Operación Cóndor, iniciada en 1977.

algunas de las más peligrosas del mundo, por el número de homicidios violentos (Benítez Manaut, 2010: 11). Es de destacar que Ciudad Juárez ha sido uno de los territorios más codiciados por lo menos por tres grupos de narcotraficantes: el cártel de Amado Carrillo, el de Joaquín Guzmán Loera y células de los Zetas (Cuarto Informe de Gobierno, Presidente Felipe Calderón Hinojosa, 2010:30).

Otro aspecto que contribuyó a la evolución de los cárteles de drogas consistió en que se fracturaron los acuerdos tácitos de aplicación selectiva de la ley (Escalante Gonzalvo, 2011; Pereyra, 2012) sostenidos antes de la década de los años noventa por el gobierno centralista del Partido Revolucionario Institucional (PRI), "que fijaba(n) límites y posibilidades a la expansión del mercado de drogas" (Pereyra, 2012: 433). "El control del negocio de las drogas dependía de la administración local de beneficios, sanciones y autorizaciones, como el control de los retenes, de la circulación de la droga y de las zonas de operación de los traficantes, el pago de cuotas y la extracción de rentas (Pereyra, 2012: 433). Así mismo, a partir de la década de los años noventa, con la sustitución del poder centralista por un gobierno neoliberal mínimo, se abrió el camino a la libre a la expansión del mercado de drogas (Pereyra, 2012). "El ascenso del Partido Acción Nacional (PAN) a la presidencia desde 2000 afianzó este esquema de poder" (Pereyra, 2012: 434). Los mecanismos que anteriormente funcionaron dejaron de hacerlo.

La transición democrática facilitó que las organizaciones criminales penetraran aún más las instituciones políticas y de seguridad municipales (Pereyra, 2012, Escalante Gonzalvo, 2011). Por ejemplo, mediante el pago de campañas electorales y el soborno de cuerpos policiacos. Este último aspecto fue tan severo en varias ciudades, entre ellas Tijuana y Ciudad Juárez, que el gobierno federal desmanteló las policías y separó de su cargo "a cientos de efectivos municipales por su complicidad con el narcotráfico" (Pereyra, 2012: 455). "Incrementando con ello las fricciones y vacíos de autoridad. Al fin y al cabo, no podía establecerse ninguna diferencia moral y política clara entre políticos, empresarios y traficantes que participaban en numerosos negocios ilícitos" (Pereyra, 2012: 434).

La solución que el gobierno del expresidente Felipe Calderón Hinojosa dio a este problema se sostuvo en la idea de que el narcotráfico era un problema de seguridad nacional

que requería una enérgica intervención militar (Pereyra, 2012); en la que serían incluidas también la Marina y la Policía Federal Preventiva.

Por su parte, Escalante Gonzalvo (2011) sostiene que "es indudable que una parte considerable de la violencia de los últimos años es consecuencia directa de la lucha entre organizaciones de contrabandistas, pandillas, vendedores de drogas, etcétera, que han sido perseguidos como nunca" (Escalante Gonzalvo, 2011: sin página). Sin embargo, "no está claro tampoco por qué esa guerra no se manifiesta en ciudades con un mercado de drogas enorme, como el Distrito Federal (y) en estados con puertos en el Caribe, como Yucatán" (Escalante Gonzalvo, 2011: sin página). Este autor encuentra que existe una importante correlación entre los estados con incrementos mayores y súbitos en las tasas de homicidios y aquellos en los que se implementaron Operativos conjuntos "de alto impacto" y donde se desplegó al ejército y a la policía federal para ocuparse de la seguridad pública. Algunos estados que cumplen con estos criterios son: Baja California, Chihuahua, Durango, Guerrero, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas (ver gráfica 1.2).

La violencia homicida que derivó de este contexto ha sido un fenómeno extraordinario en México, y difiere sustancialmente de la violencia común que es ejercida por los delincuentes ordinarios.

En este trabajo de tesis se considera como violencia ordinaria o común a aquella que deriva de la delincuencia común, que se mantiene dentro de los niveles históricos, sin grandes variaciones estadísticas o en sus modos de manifestarse en una localidad determinada. Algunas expresiones de este tipo de violencia son: asaltos, robos, pleitos entre vecinos, homicidios no intencionales, homicidios intencionales no ligados al narcotráfico, entre otros.

Por otro lado, el tipo de violencia que ha generado el incremento exponencial y súbito de homicidios se considera como violencia homicida atípica, ya que tiene sus propias motivaciones y formas de manifestarse. En este trabajo de tesis se propone que este tipo de violencia, tiene seis características. La primera, es que es de aparición brusca, es decir, se sale de los parámetros estadísticos históricos en una población determinada en un corto

periodo de tiempo. La segunda, es su carácter instrumental, ya que persigue dos objetivos particulares: uno de ellos es el control de los territorios y mercados relacionados con drogas ilegales debido a las grandes sumas de dinero que están en juego. La Organización de Estados Americanos (2013), se une al criterio de la ONU, que estima que las ventas minoristas de drogas a nivel mundial se estiman en 320 mil millones de dólares, lo que equivale a 0,9 por ciento del PIB, y en las Américas ascienden a 150 mil millones. Por lo que las medidas para alcanzar y mantener el control de territorios y mercados pueden rebasar cualquier nivel de violencia homicida previo, en periodos de tiempo sumamente breves. El otro consiste en una serie de exacciones a la población no involucrada en actividades ilícitas, tales como el cobro de derecho de piso (el cual consiste en el pago por parte de los comerciantes para recibir "protección", también conocido como "cuota"), el secuestro, las extorsiones directas o telefónicas, entre otras. La tercera, consiste en un alto grado de sadismo y crueldad, esto es, lo abyecto (Ovalle, 2010) y sanguinario del fenómeno. Esta peculiaridad es considerada por la Oficina de Naciones Unidas sobre Drogas y Crimen (UNODC, 2010), y otros autores (Heinle, *et al.,* 2014; Molzahn, *et al.,* 2012; Trans-Border Institute, 2010) como uno de los rasgos distintivos de la violencia ejercida por el crimen organizado trasnacional, especialmente el relacionado con el narcotráfico. Los métodos expresan por sí mismos una cosmovisión y "trasciende(n) el objetivo mismo de acabar con la vida de alguien" (Ovalle, 2010: 104), ya que frecuentemente tienen la meta de enviar mensajes a los rivales o las autoridades legítimas. Esto a su vez genera un ambiente social de incertidumbre, miedo y paranoia, con el consecuente entorpecimiento de las actividades comerciales y de desarrollo social y humano. Sus manifestaciones más frecuentes son: decapitaciones, mutilaciones, ejecuciones, masacres, torturas, "encobijamientos" [7], "enteipadomientos" [8], "empozolamientos" [9] y una serie de neologismos en constante creación y desarrollo. La cuarta, es el uso frecuente de armas automáticas de grueso calibre en la comisión de los homicidios (Heinle, *et al.,* 2014). La quinta, es la comisión de masacres masivas. Aunque en el caso de Ciudad Juárez, este fenómeno ya estaba presente en décadas

[7] Los "encobijados", son personas a quienes se ciñe en una cobija, generalmente para ser torturados hasta morir, y sus cadáveres son arrojados a la vía pública envueltos en ella.

[8] Los "enteipados", son cadáveres arrojados y encontrados en la vía pública atados de pies, manos, boca y en ocasiones la cabeza completa, generalmente con cinta adhesiva o "tape"(pronúnciese "teip"). Método que es utilizado como medio de tortura e inmovilización.

[9] Los "empozolados", son personas que han sido asesinadas, cuyos cadáveres son desechos con algún tipo de ácido, frecuentemente se usa sosa caustica por su fácil acceso.

previas, había aparecido con menor frecuencia antes de 2008; [10] sin embargo, del 2008 al 2010 su frecuencia fue avasalladora. En un lapso de 18 meses se cometieron 11 masacres. La primera se consumó el 13 de agosto de 2008; en ella fueron asesinadas nueve personas en el interior de un centro de rehabilitación para usuarios de drogas, en la colonia Primero de Septiembre. A ésta le siguieron 10 más (ver cuadro 1.1). En la última, fueron masacrados 30 jóvenes, mientras celebraban el cumpleaños de uno de ellos en su casa, y fue conocida como la masacre de "Villas de Sálvarcar", que fue el punto crítico que originó la visita del presidente Felipe Calderón a Ciudad Juárez, y la promesa de una intervención que fue precisamente la ETSJ.

Cuadro 1.1. Homicidios masivos: años 2008 a enero 2010

Fecha	Lugar	Ubicación	Número de víctimas	Muertos
13 Agosto 2008	Centro de Rehabilitación CIAD, Col. Primero de Septiembre	Col. Primero de Septiembre	Nueve	Nueve
11 Octubre 2008	Domicilio particular	Infonavit Juárez Nuevo	Seis	Seis
28 de Noviembre 2008	Restaurante	Av. Manuel Gómez Morín y Calle Júpiter	Ocho	Ocho
19 Diciembre 2008	Taller de carrocería y pintura	Col. El Granjero	Seis	Seis
10 Febrero 2009	Carretera	Villa Ahumada-El Vergel	21	21
4 marzo 2009	Cárcel	Av. Panamericana Km. 33	20	20
17 Agosto 2009	Bar	Av. Tecnológico	Siete	Siete
2 Septiembre 2009	Centro de rehabilitación Aliviane	Col. Bellavista	17	17
16 Septiembre 2009	Centro de rehabilitación Anexo de Vida, A.C.	Col. El Papalote	10	10
4 Noviembre 2009	Centro nocturno	Av. Ejército Nacional	Seis	Seis
30-31 Enero 2010	Domicilio particular	Fracc. Villas de Salvarcar	30	18

Fuente. Elaboración propia con datos de Orquiz (2014).

[10] Por ejemplo, una de las más emblemáticas, ocurrida en 1997, fue denominada "La masacre del Max Fim", en la que se cometió el homicidio de seis personas y otras tres quedaron heridas (Los Angeles Times, 1997).

La sexta característica consiste en que a pesar de que la violencia homicida atípica pudiera estar presente durante un tiempo prolongado en un lugar determinado, y pudiera ser vista por los habitantes como un fenómeno normal o típico de ese territorio, desde el punto de vista que se discute aquí, siempre será atípica por los objetivos que persigue y las maneras de expresarse, descritas con antelación.

Para la interpretación de los resultados de este trabajo de investigación, se toma el concepto de violencia homicida atípica. Más adelante se argumenta que los programas dirigidos a prevenirla deben de considerar las características que la hacen diferente a violencia común.

CAPÍTULO II. ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA Y PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN CIUDAD JUÁREZ, 2008-2010

Este capítulo consta de cinco partes. La primera, describe un grupo de enfoques dirigidos a la prevención e intervención en la violencia de Estado. La segunda, resume un conjunto de estrategias para enfrentar la violencia derivada de la delincuencia ordinaria. La tercera refiere el modelo "Prevención de violencia y reforzamiento de la seguridad humana: un marco basado en derechos humanos para la acción *top-dow* y *bottom-up*", diseñado para intervenir en contextos con alto riesgo de violencia. La cuarta narra el enfoque de Naciones Unidas para la prevención e intervención en la violencia derivada del crimen organizado trasnacional. La quinta, describe tres programas implementados en Ciudad Juárez, entre los años 2008 al 2010, a partir del incremento abrupto de las tasas de homicidios. Ya fuera para atender los estragos de la violencia que resultaran de la implementación de la Iniciativa Mérida, por medio del Proyecto VIP; [11] combatir la delincuencia organizada y disminuir las elevadas tasas de homicidios mediante el Operativo Conjunto Chihuahua; o disminuir la inseguridad y mejorar la calidad de vida de los juarenses a través de la Estrategia Todos Somos Juárez (ETSJ), de la cual es parte el Programa de Salud objeto de esta tesis.

2.1. Enfoques para la prevención e intervención en la violencia de Estado

La violencia de Estado es entendida como la violación a los derechos humanos propiciada o ejercida por éste (Kjaerulf, Barahona, 2010). Los enfoques para tratar este tipo de violencia incluyen: a) el basado en el servicio, b) el basado en los derechos humanos, y c) el de seguridad humana. El primero tiene por objetivo reducir el impacto de la violencia en la vida de las personas, una vez que esta ha surgido. Persigue reducir la violencia mediante la disuasión, la documentación de la violación a los derechos, el desarrollo de mecanismos para la persecución legal de los criminales y la defensa en instancias internacionales de casos documentados de violencia de Estado. El segundo, pretende desarrollar puentes entre los

[11] Se supone que las siglas VIP, corresponde a la expresión: "Violence and Injury Prevention", contenida en el nombre del Proyecto en el idioma inglés: "Advancing Violence and Injury Prevention in Selected Communities in the United States-Mexico Border (conocido como el VIP Project) […] simplemente referido como VIP en adelante" (OPS, *et al.*, 2013b: 8).

derechos humanos y el desarrollo, su fuerza principal consiste en fortalecer los sistemas nacionales de justicia criminal débiles mediante los estándares internacionales de los derechos humanos. Busca prevenir la violencia al introducir diálogos legítimos con los gobiernos sobre los derechos conferidos por las convenciones internacionales, tales como el derecho a la no tortura, el derecho a la vida y el derecho a la salud física y mental. Considera que cuando los gobiernos han ratificado tales mecanismos legales, voluntariamente se comprometen a cumplir esos derechos. El tercero, involucra una fusión de desarrollo y seguridad. Éste "reconoce que el Estado frecuentemente amenaza en lugar de proteger a su propia gente, lo que tensiona la seguridad personal, comunitaria y política; provee la seguridad de la represión, y la protección de la violencia organizada" (Kjaerulf, Barahona, 2010: 387), por lo que promueve la protección y empoderamiento de las personas, mediante los principios de la democracia y de los derechos humanos, y las habilita para participar en la gobernanza. Lo anterior requiere del fortalecimiento de instituciones democráticas para el establecimiento de la ley.

2.2. Enfoques para la prevención e intervención en la violencia derivada de la delincuencia ordinaria

Como se comentó en el capítulo previo, los tipos de violencia que son generados por la delincuencia ordinaria pueden considerarse como parte de la violencia común. Para la prevención e intervención en este tipo de violencia destacan los enfoques: a) del sistema de justicia criminal, b) de justicia restaurativa y de justicia transicional, y c) de salud pública. Los dos primeros, en contraste con los enfoques para tratar la violencia de Estado, se encauzan en la aplicación de la justicia después de violaciones a la ley cometidas por particulares. El enfoque del sistema de justicia criminal, es prioritariamente punitivo. Su lógica estriba en que mediante las detenciones y encarcelamientos repetitivos se desincentivan la delincuencia y la violencia. El de la justicia restaurativa y la justicia transicional, por su parte, buscan la reconciliación entre las víctimas y los victimarios, con el objetivo de hacer las paces con el pasado y generar mecanismos de coexistencia. Éstos "considera(n) al castigo como inadecuado para reestablecer la armonía social" (Kjaerulf, Barahona, 2010: 386). El tercer enfoque abarca estrategias basadas en la salud pública. Para la prevención de la violencia, busca identificar las causas de la violencia y los factores de

riesgo que pueden producirla; es decir, que esté basada en evidencia científica. Sus bases conceptuales pertenecen al modelo ecológico, por lo que analiza la violencia como resultado de diversos niveles: individual, relacional, social, cultural y ambiental.

2.3. Modelo "Prevención de violencia y reforzamiento de la seguridad humana: un marco basado en derechos humanos para la acción *top-dow* y *bottom-up*"

El modelo desarrollado por Kjaerulf y Barahona (2010), denominado "Prevención de violencia y reforzamiento de la seguridad humana: un marco basado en derechos humanos para la acción *top-dow* y *bottom-up*", a diferencia de los dos grupos anteriores, los cuales decantan hacia estrategias para la prevención e intervención en la violencia ejercida por el Estado (*bottom-up*) o hacia estrategias por parte del Estado para el control de la violencia cometida por los ciudadanos (*top-down*), se ofrece como un enfoque integrador de derechos y estrategias para la prevención de la violencia interpersonal y colectiva en contextos de alto riesgo de violencia. Este modelo contiene seis estrategias preventivas: tres de protección nacional (*top-down*) y tres de empoderamiento de la comunidad (*bottom-up*). Cada estrategia, a su vez, contiene tácticas que se pueden aplicar independientemente, de acuerdo a la relevancia y potencial en un determinado contexto. Además, prioriza la protección y el fortalecimiento de estrategias contra la inseguridad y la violencia que amenazan a tres derechos humanos esenciales: El derecho a la salud física y mental, el derecho a la vida y a la ausencia de tortura, y el derecho al desarrollo. Las hipótesis que subyacen a este marco son: que el empoderamiento y las estrategias de protección se refuerzan mutuamente; que las intervenciones que involucran a los tres grupos de derechos y sectores crean sinergia; y que entre más estrategias y tácticas sean aplicadas concurrentemente, más grandes son las posibilidades para la obtención de resultados positivos. De esta manera los sectores públicos de salud, de justicia y de desarrollo interaccionan para generar un movimiento que contribuya a la prevención y disminución de la violencia.

2.4. Enfoque de Naciones Unidas para para la prevención e intervención en la violencia derivada de la delincuencia organizada trasnacional

El enfoque de Naciones Unidas (ONU) para la prevención e intervención en la violencia, difiere de los enfoques anteriores en que parte de la consideración que la delincuencia organizada trasnacional es una verdadera amenaza que trasciende a una nación, que corrompe e infiltra los negocios y la política y dificulta el desarrollo de los pueblos, mina la gobernabilidad y fortalece a los grupos que operan fuera de la ley; por lo que requiere medidas de intervención trasnacionales para su combate (UNODC, 2010).

Las estrategias que considera la Oficina Sobre Drogas y Crimen de Naciones Unidas (UNODC, 2014a), para combatir la violencia derivada de la delincuencia organizada trasnacional, están circunscritas a las labores de la justicia y a la aplicación de políticas públicas y legislativas. En relación a las labores de justicia, piensa que la capacidad de los sistemas de justicia penal para enjuiciar a los homicidas es una responsabilidad fundamental del Estado. Este factor incide en los niveles y las tendencias de la comisión de homicidios. "Un sistema de justicia penal efectivo que garantice que haya una investigación rigurosa y sentencia justa para los presuntos homicidas es un requisito previo para hacer valer el Estado de derecho y de lograr justicia para las víctimas de homicidio; de otra manera, la impunidad de los criminales puede propiciar que se cometan más asesinatos" (UNODC, 2014a: 7). La eficiencia y efectividad de la respuesta del sistema de justicia penal puede medirse cuantitativamente a través de indicadores como el número de caso de homicidios resueltos por la policía, y personas arrestadas y sentenciadas por homicidio. Sin embargo, tales indicadores no informan sobre el proceso de la investigación, el tipo de asistencia legal para los imputados o las víctimas, la legalidad del proceso, la duración de los juicios, entre otras circunstancias.

Respecto a las políticas públicas y la legislación, se debe propiciar la focalización de políticas y leyes que buscan evitar y reducir los homicidios en varios niveles: Por ejemplo, mediante acuerdos globales como el Tratado de Comercio de Armas, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en abril de 2014. "Éste tiene la finalidad de controlar y mejorar la regulación del comercio mundial de armas convencionales para

impedir, suspender y erradicar su comercio ilícito" (UNODC, 2014a: 8). Otras políticas más locales, son por ejemplo, el control de horarios para la venta de alcohol, patrullajes realizados en vecindarios para identificar los puntos de altos índices de violencia y mejorar la seguridad de las comunidades, entre otras, que requieran el contexto de cada país.

2.5. Programas implementados en Ciudad Juárez, 2008-2010

El marco en el que se suscribe la violencia homicida y las estrategias para enfrentarla en Ciudad Juárez, es el de la lucha frontal que el Gobierno Federal inició a partir de marzo de 2007, contra los cárteles de las drogas, a partir de la Iniciativa Mérida; "un programa de cooperación en materia de seguridad entre Estados Unidos, México, Centroamérica, República Dominicana y Haití" (Rodríguez, 2010: 31), impulsada y coordinada por el gobierno estadounidense para instrumentar "una serie de políticas destinadas a combatir el cultivo, la producción, el tráfico, la distribución y el consumo de drogas dentro y fuera de sus fronteras" (Rodríguez, 2010: 31). Otro de sus propósitos era atender la violencia que resultara de la implementación de esta iniciativa (Rodríguez, 2010); y de éste nació, en marzo de 2008, el Proyecto para el Fomento de la Prevención de la Violencia y las Lesiones en Comunidades Seleccionadas de la Frontera México-Estados Unidos de América, denominado como Proyecto VIP.

El Proyecto VIP, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) de la Secretaría de Salud mexicana, tenía como objetivo general, "crear un modelo intersectorial multidisciplinario para la prevención de la violencia y las lesiones en Ciudad Juárez, que pudiera replicarse en otras ciudades de la frontera entre México y los Estados Unidos" (OPS, *et al.*, 2013a: 13), que estuvieran experimentado altos índices de violencia. Su marco conceptual combina tres enfoques: salud pública, marco ecológico y principios de seguridad humana. La evaluación del Proyecto VIP, realizada en 2013, advertía que éste se encontraba "en el proceso de articular un modelo de intervención enfocada [sic] a prevenir la violencia y lesiones de causa externa y promover la salud mental" (OPS, *et al.*, 2013b: 8). Y que la experiencia adquirida en Ciudad Juárez, mostró la

necesidad de reconocer las limitaciones y aprovechar las lecciones aprendidas para que fuera una herramienta efectiva (OPS, *et al.*, 2013b).

Otros mecanismos de intervención contra la violencia derivada de la lucha contra el narcotráfico fueron los Operativos Conjuntos, entendidos como "una respuesta al incremento de la violencia a partir de la rivalidad delincuencial […] también son un acción del gobierno federal de auxiliar a las autoridades locales que lo soliciten para reforzar la seguridad de la zona" (Poiré, 2011, sin páginas). Los estados donde se aplicaron fueron: Baja California, Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Sinaloa, Durango, Nuevo León, Tamaulipas (Poiré, 2011, sin páginas), posteriormente serían incluidos, Veracruz, San Luis Potosí y Coahuila.

El Operativo Conjunto Chihuahua dio inicio el 28 de marzo de 2008, "con el objetivo de combatir la inseguridad pública, así como el elevado números de ejecuciones, derivado principalmente de la disputa que mantienen por el control de la zona grupos locales de los cárteles de Juárez y Pacífico, además de algunas células de los Zetas, especialmente en Ciudad Juárez" (Cuarto Informe de Gobierno, Presidente Felipe Calderón Hinojosa, 2010: 30). En un inicio estuvo coordinado por el Ejército mexicano quien desplegó en su estancia en la localidad alrededor de 8500 soldados, y la policía federal un estimado de 10800 agentes (La Jornada, 2009, sin páginas).

Este Operativo cambió en 2009 su nombre a Operación Coordinada Chihuahua; y desde abril de 2010, "a partir del replanteamiento de la estrategia de intervención de las fuerzas federales en el Marco de la Estrategia Integral contra el Crimen Organizado […] la coordinación general de la operación, en la que participan policías estatales y municipales, la tiene la Policía Federal, bajo el esquema de mando único" (Cuarto Informe de Gobierno, Presidente Felipe Calderón Hinojosa, 2010: 30). De esta manera la Operación Coordinada Chihuahua, quedó supeditada a lo que se llamó Estrategia Todos Somos Juárez, iniciada en febrero de 2010. Con esto, el Gobierno Federal cambió su enfoque exclusivamente militar-policial, representado por la Operación Coordinada Chihuahua, a uno militar-policial con una perspectiva integral-participativa.

Tal cambio obedeció al incremento en las tasas de homicidios a pesar de las acciones previamente realizadas, como ya se mencionó en el capítulo previo; pero principalmente respondió, como también ya se dijo, a "la trágica masacre de jóvenes en el pequeño vecindario conocido como 'Villas de Salvarcar' en febrero de 2010" (Cervantes, sin año, sin página). Este fue el detonante definitivo para que el Ejecutivo Federal diera inicio a un extenso esfuerzo para prevenir la violencia y la delincuencia desde otra perspectiva.

Esta nueva forma de intervención estuvo justificada por el Presidente Felipe Calderón en los siguientes términos: "la problemática que se presentó… Esa problemática tiene un nombre: es precisamente la inseguridad, el crimen, la delincuencia. Hace varios años la criminalidad comenzó a crecer, la violencia comenzó a crecer, hasta ser esta ciudad una de las ciudades con mayores problemas de inseguridad en nuestro país. Esto derivó de varios factores" (Presidencia de la República, 2012b, [video], minuto 6:10), tales como: el crecimiento súbito de la disponibilidad de armas; la falta de oportunidades sociales y de trabajo, acordes al crecimiento de la ciudad, que no había sido solucionada durante décadas por los gobiernos correspondientes, lo que ha propiciado el crecimiento de infantes en condiciones de precariedad de servicios, esto los ha privado de oportunidades, tanto de educación y de salud, que provocaron el debilitamiento del tejido social; y la falta de una policía eficaz y confiable, para garantizar la seguridad de los juarenses (Presidencia de la República, 2012b, [video].

De acuerdo con el expresidente, todo lo anterior fue creando una sociedad debilitada, que excluía a los más necesitados al ver rotos los lazos de unión y solidaridad.

2.5.1. La Estrategia Todos Somos Juárez y el Programa de Salud

La ETSJ, fue un programa realizado y coordinado por el Gobierno Federal, con la colaboración de los gobiernos estatal y municipal y la sociedad juarense. Fue considerada la primera en su tipo, y conceptualizada como "un programa de acción integral [...] que no tiene precedentes en el diseño e implementación de políticas públicas" (Todos Somos Juárez, sin año, sin páginas) en México. La Estrategia dio inicio el 17 de febrero del año 2010.

Los objetivos de la ESTJ fueron “disminuir la inseguridad y mejorar la calidad de vida de los habitantes” (Todos Somos Juárez, Avances a los 100 días, 2010: 1). Las consideraciones de las que parte son que “la inseguridad, la falta de oportunidades sociales y económicas, la descomposición del tejido social y la proliferación de conductas antisociales, son todos fenómenos entrelazados que no permiten el pleno desarrollo de los juarenses” (Todos Somos Juárez, Avances al 11 de octubre, 2010, sin páginas). Es de destacar que conforme se fue ajustando la Estrategia, el énfasis en los objetivos fue cambiando. De tal manera que en el año 2012 el Presidente Calderón reiteradamente hablaba de la reconstrucción del tejido social, como objetivo de la Estrategia Todos Somos Juárez (Presidencia de la República, 2012a, [video], minuto 01:52; Presidencia de la República, 2012b, [video], minuto 02:20). [12]

En la conceptualización y diseño de la ETSJ fueron considerados centrales los siguientes elementos:

Participación ciudadana: La ciudadanía de Ciudad Juárez jugó "un papel fundamental en el diseño, implementación y seguimiento de todas las acciones" (Todos Somos Juárez, sin año, sin páginas) de la Estrategia.

Integralidad de las políticas públicas: En la Estrategia se reconoció que, si bien la falta de seguridad era la cuestión más apremiante en la vida de los juarenses, "existen también problemas económicos y sociales que alimentan la inseguridad y amenazan la calidad de vida de la ciudad" (Todos Somos Juárez, sin año, sin páginas), lo que exigía evitar la dispersión de las acciones y los recursos.

Corresponsabilidad de los tres niveles de gobierno: Las acciones requerían la articulación de las tres esferas de gobierno para asegurar que las acciones fueran integrales, de alto impacto y que atendieran de fondo la problemática de la ciudad.

[12] Los objetivos de la estrategia son “romper el círculo vicioso de inseguridad al proporcionarle oportunidades sociales y económicas a la población, impulsar la reconstrucción del tejido social y disminuir la prevalencia de conductas anti sociales en la ciudad” (Todos Somos Juárez, Avances al 11 de octubre, 2010, sin páginas).

Para lograr los objetivos se formaron seis programas de trabajo, cada uno bajo el liderazgo de la Secretaría de la política correspondiente: Seguridad, trabajo, educación, salud, desarrollo social y economía. De ellas se obtuvieron, mediante la opinión de los participantes, 160 acciones de trabajo, que el Gobierno prometió tendrían resultados en menos de 100 días. Posteriormente se crearon Consejos Ciudadanos, con la finalidad de vigilar y dar seguimiento al cumplimiento de éstas. La articulación de esas acciones pretendió la generación de sinergias que coadyuvara al cumplimiento de los objetivos planteados.

El Programa de Salud, que es el objeto de investigación de esta tesis, fue parte de las líneas de trabajo que se desarrollaron en la ETSJ; tuvo las siguientes características: no tuvo objetivos particulares, sino que obedeció a los avatares de los objetivos generales de la Estrategia, mencionados anteriormente. La estructura organizativa dependió de su Consejo Ciudadano, compuesto por organizaciones de la sociedad civil, funcionarios de los gobiernos estatal y municipal, entre otros, liderado por la Secretaría de Salud. Se dividió en subprogramas: Adicciones, salud mental, cobertura, prevención y promoción de la salud e infraestructura física en salud. Así mismo propusieron las siguientes 40 acciones de trabajo, [13] divididas en los subprogramas que compusieron el Programa de Salud:

Adicciones:

Compromiso No. 29
Implementar medidas de seguridad para los Centros de Tratamientos de Adicciones y Centros Nueva Vida, que incluyen botón de pánico en 65 Centros, malla perimetral en tres Centros Nueva Vida y vigilancia.

Compromiso No. 30
Desarrollar acciones de detección temprana e intervención oportuna a través de los Centros Nueva Vida. Se visitarán 95 escuelas, en donde se aplicarán 12 mil cuestionarios de tamizaje, 4 mil 050 personas participarán en talleres de sensibilización y 570 adolescentes obtendrán tratamiento breve.

[13] Debido a que las acciones de trabajo de la Estrategia Todos Somos Juárez fueron numerados de forma secuencial y no por programa, los números de acciones correspondientes al Programa de Salud son los siguientes: Adicciones 29 al 37, Salud mental 38 al 44, Prevención y promoción de la salud 45 al 55, Cobertura 56 al 62 e Infraestructura física en salud 63 al 68.

Compromiso No. 31
Fortalecer el Programa de Acción Municipal en Adicciones con líneas de acción específicas en: a) Prevención universal; b) Prevención comunitaria; c) Detección temprana e intervención oportuna; d) Tratamiento médico y rehabilitación; e) Reinserción social y prevención de recaídas; f) Sistema de referencia y contra referencia.

Compromiso No. 32
Dar apoyo financiero a Organizaciones de la Sociedad Civil vía subsidio al pago de servicios, por un total de 3 millones 290 mil pesos para 350 tratamientos aplicados.

Compromiso No. 33
Subsidiar servicios de tratamiento para mujeres usuarias de drogas en situación vulnerable por un total de 2 millones de pesos a diez Organizaciones de la Sociedad Civil.

Compromiso No. 34
Desarrollar el programa de capacitación para el personal de Centros de Tratamiento y Centros Nueva Vida, a través de cuatro talleres de capacitación para 120 personas en temas de Modelos de Atención, Normatividad y Certificación, Ley General para el Control de Tabaco, Violencia Familiar y Género.

Compromiso No. 35
Promover la protección social a usuarios de drogas y en servicios de salud mental a través de seis nuevas intervenciones que se adicionan y complementan en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del Seguro Popular.

Compromiso No. 36
Apoyar la operación y equipamiento de la Unidad Municipal de Atención a las Adicciones.

Compromiso No. 37
Realizar la Campaña de Información "Hacia una Nueva Vida " para la capacitación de 2 mil 400 promotores que orienten a una población de 12 mil personas, en materia de: a) Detección Orientación y Consejería [sic]; b) Habilidades para la vida; c) Mitos y Realidades de las Drogas; d) Diez Recomendaciones para Prevenir que tus Hijos Utilicen Drogas; y e) Estrategias de intervención para disminuir el impacto de factores de riesgo psicosociales en niñas y niños.

Salud Mental

Compromiso No. 38
Impartir nueve cursos de capacitación y sensibilización al personal de salud, Colegio de Psicólogos, y organizaciones de la sociedad civil, en temas de salud mental e intervención en crisis con 350 personas en total.

Compromiso No. 39
Flexibilizar el modelo de atención en cinco Unidades de Salud (primer nivel) para incorporar servicios de salud mental.

Compromiso No. 40
Incorporar diez psicólogos a Servicios de Salud Mental que operan a nivel estatal y municipal.

Compromiso No. 41
Ampliar los servicios de salud mental en dos centros comunitarios que ya operan. Incorporar en dos Unidades de Atención Médicas de nueva creación servicios de Atención a la Violencia Familiar y de Género.

Compromiso No. 42
Desarrollar un modelo de atención integral a víctimas que incluya la detección, capacitación, atención y erradicación de la violencia.

Compromiso No. 43
Implementar el Programa de Sensibilización y Promoción de Servicios de Salud Mental.

Compromiso No. 44
Brindar apoyo psicológico a víctimas de violencia y sus familias en unidades del IMSS.

Prevención y Promoción de la Salud

Compromiso No. 45
Capacitar a funcionarios y actores locales para fortalecer la evaluación y gestión de intervenciones y proyectos locales y comunitarios.

Compromiso No. 46
Impulsar programas innovadores en materia de prevención y promoción de la salud.

Compromiso No. 47
Iniciar operaciones en un Centro de recursos para apoyo técnico a organizaciones no gubernamentales, profesionales y de la sociedad para civil para fortalecer los proyectos locales y comunitarios.

Compromiso No. 48
Crear un fondo para las organizaciones de la sociedad civil que trabajen en programas de prevención y promoción de la salud.

Compromiso No. 49
Fortalecer el marco legal relacionado con el control y disponibilidad de alcohol en Ciudad Juárez, con la finalidad de disminuir los accidentes y violencia asociados al consumo del alcohol y la venta a menores de edad.

Compromiso No. 50
Fortalecer los operativos de alcoholimetría.

Compromiso No. 51
Iniciar operaciones en tres centros de convivencia para la reinserción social de adultos.

Compromiso No. 52
Brindar servicio a la población que requiera atención y apoyo psicológico por medio del 01800 4727835 con capacidad para dar 4 mil consultas telefónicas a la semana.

Compromiso No. 53
Construir y operar una plataforma única de datos, equipamiento, infraestructura e intervenciones de la estrategia “Todos Somos Juárez” para fortalecer la toma de decisiones.

Compromiso No. 54
Crear un foro virtual para jóvenes para el intercambio de experiencias e información en temas de salud.

Compromiso No. 55
Incorporar un apartado en la estrategia municipal Joven a Joven para difundir y articular diversas acciones en materia de salud.

Cobertura

Compromiso No. 56
Subrogar servicios de atención médica del Seguro Popular y la contratación de 53 médicos generales con colegiación, 53 enfermeras, 18 promotores de la salud, 12 odontólogos y 31 apoyos administrativos.

Compromiso No. 57
Afiliar 272 mil 800 nuevos beneficiarios al Seguro Popular en Ciudad Juárez.

Compromiso No. 58
Afiliar al Seguro Popular a menores en estado de orfandad y con capacidades diferentes.

Compromiso No. 59
Iniciar operaciones en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en sábados y domingos, en beneficio de 743 mil 263 derechohabientes usuarios de la localidad.

Compromiso No. 60
Aumentar en 34 el número de camas de hospitalización del Hospital
General Regional No. 66 del IMSS de Ciudad Juárez.

Compromiso No. 61
Realizar encuentros médico-quirúrgicos.

Compromiso No. 62
Inicio de operaciones de las Unidades de Medicina Familiar del ISSSTE en sábados y domingos, beneficiando con este servicio a los derechohabientes usuarios de la localidad.

Infraestructura

Compromiso No. 63
Fortalecer el primer nivel de atención en salud con la construcción de nueve unidades: una unidad de Diagnóstico de cáncer de mama; una unidad o servicios de Hemodiálisis; dos unidades de atención al sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus; una clínica de desintoxicación; la ampliación del Centro de Salud; y construcción de dos Centros de Salud con servicios ampliados y de un Centro de Salud Mental.

Compromiso No. 64
Operar al 100% el Hospital Infantil.

Compromiso No. 65
Fortalecer el Hospital General.

Compromiso No. 66
Concluir obra y equipamiento del Hospital Psiquiátrico.

Compromiso No.67
Fortalecer el Hospital de la Mujer.

Compromiso No. 68
Determinar la viabilidad de la construcción de un Nuevo Hospital de
Segundo Nivel e identificar las posibles fuentes de financiamiento (Estrategia Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad, sin año, sin páginas).

Las 40 acciones fueron la guía de trabajo del Programa de Salud, hasta finales del año 2012, tiempo en el que se dio el cambio de gobierno a nivel federal y el Programa, junto con la ETSJ, terminó.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO: EL MODELO RACIONAL DE PLANEACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE UNA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA

Este capítulo está dividido en tres partes. La primera, describe de manera sucinta los enfoques teóricos más usados para el diseño de programas y políticas públicas. La segunda, expone de manera breve el modelo racional y la principal crítica que ha recibido. La tercera, aborda esta detracción desde la perspectiva pragmática; esta última parte sirve como marco teórico del presente trabajo de tesis.

3.1. Enfoques teóricos para el diseño de programas y políticas públicas

Existen tres grandes grupos de teorías para la planeación de programas y políticas públicas: las centradas en la sociedad, las enfocadas en el Estado y las teorías mixtas. Las primeras, piensan que el Estado es una variable dependiente de la sociedad. Por tanto lo que determina las políticas son las relaciones de fuerza que se establecen entre los distintos individuos, grupos o fracciones de clases. En este grupo se encuentran los enfoques marxistas, neomarxistas, de la dependencia, de la opción racional y de la elección pública. Las segundas, afirman que el Estado tiende a ser independiente de los grupos sociales. Por lo que "funciona como un selector de las demandas y como un proveedor de servicios" (Roth Deubel, 2002: 30). En este enfoque, las elecciones y acciones públicas derivan principalmente de los conflictos y competencias entre distintos clanes o grupos de funcionarios públicos. A este grupo pertenece el modelo racional y el enfoque burocrático neoweberiano. El tercer grupo es intermedio a los anteriores. No está de acuerdo con el racionalismo economicista, del primero; ni con el sometimiento de la sociedad al Estado, del segundo. Por lo que en general, este conjunto de enfoques intenta tomar en cuenta los factores del Estado y de la sociedad en sus explicaciones de la acción y las políticas públicas. A éste pertenecen el neocorporativismo, el neoinstitucionalismo, el análisis de redes y la teoría de la acción.

3.2. El modelo racional y la principal crítica que se ha erigido en su contra

El modelo racional, articulado por Banfield, en 1955, en su texto "*Politics, Planning and the Public Interest: The case of Public Housing in Chicago*" (Blanco, 1994), identificó cuatro etapas del proceso de planeación: "análisis de una situación, reducción final y elaboración, diseño de cursos de acción y evaluación comparativa de las consecuencias" (Blanco, 1994:4). A partir de esta primera conceptualización, el modelo ha sufrido varios refinamientos. Actualmente el núcleo de su esquema consiste en los siguientes elementos:

1. Análisis de la situación/formulación del problema
2. Formulación de objetivos
3. Identificación/diseño de estrategias alternativas
4. Evaluación de las alternativas mediante el rastreo de sus consecuencias
5. Elección/decisión
6. Implementación del plan
7. Evaluación del plan y retroalimentación (Blanco, 1994:4).

Este modelo ha sido usado por varias generaciones de planeadores, administradores, analistas de políticas, entre otros, con amplio éxito. Sin embargo, ha sido criticado porque no ha podido dar respuesta a problemas complejos como el hambre o la discriminación, entre otros problemas sociales.

Un avance esclarecedor respecto a los problemas complejos no resueltos por el modelo racional, lo ofreció Rittel (1973), quien estableció distinciones entre los problemas en ciencia e ingeniería y los problemas en la planeación y evaluación de los programas y políticas públicas. A los primeros los llamó "benignos" o "dóciles" (*bening problems, tame problems*) y a los segundos "malignos" (*wicked problems*). Los primeros son los que abordan las ciencias experimentales. En cambio, la mayoría de los problemas sociales, y de planeación y evaluación de problemas sociales, son problemas "malignos". Éstos violan las suposiciones de la metodología racional para la solución de problemas.

Las complicaciones que presentan los problemas "malignos" dependen del número de variables involucradas en el origen del problema en cuestión, la cantidad de perspectivas con las que sean abordadas esas variables y sus potenciales soluciones, la variedad y cifra de instituciones y personajes involucrados en la erradicación de la problemática, entre otras.

Algunas características de los problemas "malignos" son que: no tienen una formulación definitiva; no existe manera de decir cuánto del contexto se debe incluir en la formulación del problema; las soluciones no son verdaderas o falsas, sino buenas o malas; no son la prueba primera o última de las soluciones; cada problema puede ser construido como síntoma de un problema mayor, presentan una pluralidad de diferentes tipos de determinantes subyacentes, entre otras (Blanco, 1994).

3.3. Aplicación del pragmatismo a los problemas "malignos"

Peirce (1878/1992) desarrolló dos ideas básicas que se han aplicado a los problemas "malignos": la máxima pragmática y la abducción. La primera es una guía para aplicar en los casos donde el significado de un concepto o los límites de un problema no son suficientemente claros, el segundo es una tercera forma de razonamiento, diferente a la deducción y la inducción.

La máxima pragmática afirma que para clarificar un concepto se debe "considerar qué efectos, lo que podría concebiblemente tener consecuencias prácticas, concebimos del objeto de nuestra concepción. Entonces, nuestra concepción de esos efectos es la totalidad de nuestra concepción del objeto" (Peirce, 1878a/1992: 132). Por tanto, "las consecuencias concebibles que el pragmatismo identifica con el significado de un concepto son *relaciones condicionales entre acciones propuestas y cualidades perceptuales resultantes dentro del contexto de la situación experimental"* (Blanco, 1994: 26). Adviértase que "la consideración de las consecuencias de la acción planeada, central para la máxima pragmática, constituye un paso esencial en el proceso de planeación. Rastrear las consecuencias de una estrategia propuesta equivale a articular el significado pragmático de una propuesta" (Blanco, 1994: 26). Así mismo el pragmatismo ubica significado en el tiempo futuro, "ya que la conducta futura es la única conducta sujeta a control de sí misma [….] El significado estriba en el potencial de la acción futura porque es únicamente en el futuro que podemos iniciar acción intencionada" (Blanco, 1994: 27). Toda acción planeada comparte estas características.

En relación al segundo concepto, Peirce considera que además del pensamiento inductivo y deductivo, usados tradicionalmente en la investigación científica, existe una

tercera forma de razonamiento: la abducción, también llamada hipótesis o inferencia retroductiva (ver cuadro 3.1). Este es un razonamiento inferencial en el que "encontramos una circunstancia muy curiosa, que podría ser explicada por la suposición de que se trataba de un caso de una determinada regla general, y acto seguido se adopta esa posición […] Como regla general, la hipótesis es un tipo de argumento débil. Frecuentemente inclina nuestro juicio ligeramente hacia su conclusión, la cual no podemos decir que es verdad, únicamente asumimos que podría serlo" (Peirce, 1878b/1992: 189). Así, "algún fenómeno extraño *P* es observado. *P* sería explicable como algo natural si la hipótesis *H* fuera cierta. Por tanto hay una razón para pensar que *H* es verdadera." (Blanco, 1994:56).

Cuadro 3.1. Tipos de razonamiento

Type	**Logical Form**	**Degree of Security**	**Fruitfulness**
I Analytic or Deductive	Rule: All beans from this bag are white. Case: These beans are from this bag. Result: These beans are white.	High (necessity)	Low
II Synthetic or Ampliate A. Inductive	Case: These beans are from this bag. Result: These beans are white. Rule: All beans from this bag are white.	Fair to Good (probability)	LFair to Good
B. Abductive	Rule: All beans from this bag are white. Result: These beans are white. Case: These beans are from this bag.	Low (plausibility)	High

Fuente. Blanco, 1994.

La fortaleza de estos razonamientos varía en el campo de la planeación y de la evaluación. El razonamiento deductivo esencialmente estriba en que mediante la aplicación de reglas generales se llega a afirmaciones particulares. Lo anterior se logra mediante el uso

de una serie de enunciados que obedecen a las reglas de la lógica, llamados silogismos, compuestos por tres elementos: a) premisa mayor, b) premisa menor, y c) conclusión. Si las premisas mayor y menor son verdaderas, la conclusión será verdadera. Por ejemplo: a) Enoch y Elías eran hombres (premisa mayor), b) todos los hombres mueren (premisa menor), c) Enoch y Elías deben haber muerto (conclusión) (parafreseado de Peirce, 1878/1992).

La utilidad de este tipo de razonamiento ha resultado esencial para las matemáticas, entre otras ramas de la ciencia, por su alto grado de certeza. Sin embargo, una de sus debilidades estriba en que las premisas parten de un conocimiento verdadero que ya existía para que la conclusión sea verdadera; en consecuencia, su aplicación a los problemas malignos donde existe una gran cantidad de incógnitas en constante transformación y donde los límites no están delimitados con precisión, como se discutió anteriormente, es de baja utilidad.

El razonamiento inductivo se basa en la recopilación de datos particulares para hacer afirmaciones generales. Si se desea estar absolutamente seguro de una afirmación inductiva (inducción perfecta) se deben recopilar todos los casos del fenómeno. Cuando esto es imposible, se recurre a la toma de muestras de casos del fenómeno en estudio, lo que reduce el grado de certeza de la afirmación inductiva (inducción imperfecta), la hace probable, no absoluta. Este tipo de razonamiento es la base del método experimental, de la probabilidad, de la estadística, por mencionar algunos. Y su aplicación en la planeación y la evaluación ha sido juzgada de aceptable a buena. Por ejemplo, en aquellos casos en los que se requiere la planeación y/o evaluación de servicios públicos, de zonas habitacionales, de procesos administrativos, entre otros. En donde las variables involucradas pueden ser identificadas con claridad y manejadas de forma apropiada.

Para clarificar el razonamiento abductivo o hipotético y la importancia de su utilización en los problemas malignos se recurre al ejemplo dado por Peirce en su obra "*Deduction, Induction and Hypothesis"* (1878b/1992): "Cierto anónimo está escrito en un trozo de papel roto. Se sospecha que el autor es cierta persona. Su escritorio, al que sólo él ha tenido acceso, se registra y en él se encuentra un pedazo de papel, cuyo borde desgarrado se ajusta exactamente, en todas sus irregularidades, con el del papel en cuestión" (Peirce,

1878b/1992: 192). De este ejemplo se obtienen las siguientes lecciones: los límites del razonamiento inductivo son alcanzados cuando demuestra probabilísticamente que ambos pedazos de papel son parte del mismo. Ya que sería extraordinariamente raro que dos trozos de papel tuvieran tantos puntos de coincidencia en sus bordes. En cambio, el razonamiento hipotético se establece a partir de que las irregularidades que coinciden en el papel (inducción perfecta) instan a asignar la propiedad del papel al sospechoso, esto "es precisamente lo que distingue la hipótesis de la inducción, y lo que la convierte en un paso más temerario y peligroso" (Peirce, 1878/1992: 192).

Las reglas de la elaboración de hipótesis elaboradas por Peirce son:

> 1. La hipótesis ha de presentarse expresamente como una cuestión a discutir, antes de hacer las observaciones que probarán su verdad. En otras palabras, debemos procurar discernir cuál será el resultado de las predicciones de la hipótesis.
>
> 2. El aspecto tocante al cual se anoten las semejanzas debe tomarse al azar. No hemos de escoger un tipo particular de predicciones, para las que se sabe que la hipótesis es válida.
>
> 3. Los fracasos tanto como los éxitos de las predicciones deben reseñarse honradamente. El procedimiento entero tiene que ser justo e imparcial (Peirce, 1878b/1992: 193).

Las hipótesis, al ser inferencias plausibles, pueden ser refutadas una y otra vez, hasta alcanzar un cierto grado de “dureza”, esto es, de un grado de consistencia lógica, tal como se expuso anteriormente. Por tanto son provisionales. En consecuencia, las mejores hipótesis científicas no son las más probables, sino aquellas que son más susceptibles de refutación.

La aplicación del razonamiento abductivo a la planeación de programas o evaluación de los mismos, por ejemplo, para combatir la pobreza (Blanco, 1994) o controlar la violencia, los cuales son considerados como malignos, estriba en que son problemas donde los límites no están claros, las variables implicadas son diversas y no tienen el mismo valor, los involucrados son múltiples, etc. Por lo que se requiere elaborar diversas hipótesis sobre sus causas o remedios plausibles, los entramados políticos y socioculturales que las exacerban o las controlan, las influencias internacionales que facilitan o alivian tales fenómenos, entre otras.

La forma en la que se relacionan la máxima pragmática y el pensamiento abductivo con la investigación empírica fue resumida por Blanco (1994), en los siguientes términos:

> De la misma manera que las pruebas estadísticas son usadas para determinar la probabilidad estadística de una hipótesis empírica, la máxima pragmática puede ser usada en la inferencia abductiva. Mientras los resultados de las pruebas estadísticas proveen buenas razones para sostener una hipótesis, los resultados de la aplicación de la máxima pragmática proveen buenas razones para considerar una hipótesis en primer lugar. La máxima pragmática sirve como un criterio vital para el razonamiento abductivo: la hipótesis considerada debe ser significativa, debe tener efectos prácticos (Blanco, 1994: 156).

La aplicación de los anteriores conceptos a este trabajo de tesis es importante por diversas razones: En primer lugar, se considera que la violencia homicida atípica es un problema "maligno", ya que cumple con las características de éstos: no tiene una formulación definitiva, es un fenómeno en constante transformación, y su dinámica de aumento y disminución está en constante movimiento; no existe manera de decir cuánto del contexto se debe incluir en la formulación del problema o si depende exclusivamente de éste, por ejemplo, pobreza, falta de oportunidades para el desarrollo de las personas, corrupción, entre otras; las soluciones no son verdaderas o falsas, sino buenas o malas, es decir, afectan o no a la disminución del fenómeno; no son la prueba primera o última de las soluciones, lo que implica que puede existir una gran variedad de medidas auxiliares y complementarias para la solución o disminución del fenómeno; como problema puede ser construido como un síntoma de un problema mayor, en el que están involucradas instituciones de gobierno, policiacas, militares, así como la ciudadanía en su conjunto, por mencionar algunas; y presenta una pluralidad de determinantes subyacentes, es decir, que además de las causas explícitas, existen otras que pueden estar involucradas, por ejemplo, de índole inconsciente, no suficientemente consideradas, tales como las relacionadas con la personalidad antisocial y narcisista, el sadismo o la necrofilia, entre otras.

En segundo lugar, el rastreo de las consecuencias planeadas del Programa de Salud, tal como lo propone la máxima pragmática, contenidas en sus objetivos, su plan de impacto y sus acciones, permitirá articular y comprender el significado pragmático de éste. A lo anterior contribuirá el razonamiento abductivo, que facilitará estimar el grado de plausibilidad que tales objetivos, plan de impacto y acciones, hipotéticamente pudieron tener para la disminución de la violencia homicida atípica, que Ciudad Juárez experimentó en el

año 2012. Ya que, como se expuso anteriormente, la plausibilidad de conseguir lo que se prevé a futuro, es la base de la planeación y lo que da sentido a esta tarea.

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo se divide en tres partes. La primera ofrece una visión resumida de la historia de la evaluación de programas y políticas públicas en algunos países desarrollados y en México. La segunda, describe una tipología de métodos de evaluación, en la que se destaca el método sistemático de Rossi, *et al.*, (2004), para la evaluación de la teoría del programa. La tercera, expone el diseño metodológico mediante el cual se realiza este trabajo de investigación.

4.1. Historia de la evaluación de programas y políticas públicas en países desarrollados y en México

Los procesos de evaluación son un fenómeno particular del siglo XX, aunque sus raíces se extienden hasta el siglo XVII (Rossi, *et al.*, 2004). En términos generales, estos procesos consisten en "examinar una serie de objetivos, de medios y de acciones definidos por el Estado para transformar parcial o totalmente la sociedad así como sus resultados y efectos" (Roth Deubel, 2002: 28).

Un estudio realizado por Guerrero Amparán (1995), sobre las formas de evaluación en nueve países desarrollados: Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Francia, República Federal Alemana, Dinamarca, Noruega, Suiza y Holanda, encontró que los procesos de evaluación se desarrollaron en tres periodos, en el siglo pasado:

1) En la década de los años sesenta se da la primera generación de políticas de evaluación. En ésta destaca la planificación y programación de políticas sociales, por ejemplo, de pobreza y salud; por tanto, la evaluación recae sobre la gestión y administración de éstas. Los países que vivieron esta etapa fueron los Estados Unidos, la República Federal Alemana e Inglaterra.

2) Durante los años setenta, la evaluación se condujo con mayor claridad hacia la satisfacción de dos fines: "uno político: justificar las políticas gubernamentales; el otro, económico: adecuar la administración pública a las crecientes restricciones presupuestales de los gobiernos que enfrentarían problemas de escasez de recursos a partir del *shock* petrolero de 1973" (Guerrero Amparán, 1995: 85). Canadá, Holanda, Dinamarca y Noruega, fueron los países que transitaron por este proceso.

3) Los años ochenta estuvieron marcados por el interés en la eficiencia, la productividad, los resultados, y el manejo presupuestario.

En México, los primeros trabajos en materia de evaluación fueron emprendidos durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988), los cuales se llevaron a cabo mediante la Secretaría de la Contraloría General de la Federación (SECOGEF) y se centraron principalmente en el control de la burocracia, de las prácticas de corrupción y el patrimonialismo. Posteriormente, en los gobiernos de Salinas de Gortari (1988-1994) y Zedillo Ponce de León (1994-2000), estos intentos continuaron, mediante la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM). Sin embargo, "la evaluación se mantuvo como un tema en la agenda pública sistémica, aunque con escasos desarrollos prácticos, al insistirse en mantenerla como medio de control burocrático" (Sosa, 2011: 111).

El arribo a la Presidencia de la República, por parte del Partido Acción Nacional (PAN) durante los periodos 2000-2006 y 2006-2012, estuvo marcado por "la adopción generalizada de nuevos modelos de gestión pública de profundización gerencial (y) tuvo efectos importantes en los usos y aplicaciones de la evaluación" (Sosa, 2012: 112). En el año 2005 se introdujo la Ley General de Desarrollo Social, en la que se instituye el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) "con facultades técnicas y de vinculación amplias para diseñar, promover, aplicar y difundir diferentes tipos de evaluación (Sosa, 2011: 114). Tal obligatoriedad legal busca, dentro de sus efectos, la producción de información para conocer la acción pública y aplicar correctivos y mejoras a los procesos. Otra característica es el involucramiento en el proceso de actores sociales y privados, lo que permite que consultores no gubernamentales sean contratados para evaluar programas del gobierno.

El CONEVAL

> ha venido constituyéndose, desde entonces, en la principal instancia de evaluación de políticas y programas dentro y fuera del gobierno federal; si bien su mandato está limitado al campo del desarrollo social. Esta expansión se debe, entre otras razones, a la relativa indiferencia de las dos dependencias globalizadoras de la APF (Acción Pública Federal) -la Secretaría de Hacienda y la Secretaría de la Función Pública -para complementar lo logrado por el CONEVAL (Sosa, 2011: 114).

El inicio de esta última etapa de evaluación de los programas y políticas públicas en México, ocurrió a partir de la puesta en marcha del Sistema de Evaluación del Desempeño o SED. El cual

> tiene por objetivo vincular, a partir de un esquema de evaluación basada en la metodología de matriz de marco lógico (MML), la planeación gubernamental, el diseño y la implementación de los programas públicos con el proceso presupuestario. En términos formales el SED se define como: Un conjunto de elementos metodológicos que permitan realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas, con base en indicadores estratégicos y de gestión, para conocer el impacto social y económico de los proyectos y programas (Sosa, 2011: 115).
>
> Con ello, se asume formalmente y en términos prácticos que la evaluación forma parte de las actividades de gestión cotidiana y de la presupuestación de las dependencias federales. Esto, sin embargo, se mantiene como una definición que aún demanda tanto de una apropiación por parte de los gestores públicos responsables de programas, como la necesidad de que sea superado el enfoque de control burocrático en el que todavía están todas las instancias globalizadoras SHCP y SFP (Sosa, 2011: 115).

4.2. Métodos de evaluación de programas y políticas públicas

Rossi, *et al.*, (2004), consideran que existen tres enfoques respecto al abordaje de los procesos evaluativos de programas y políticas públicas: el científico, el pragmático –cuyos representantes son Campbell y Cronbach- y el que se puede considerar intermedio. Campbell afirma que la tecnología de la investigación hizo posible extender el modelo experimental a la investigación de la evaluación para crear una sociedad experimental; por otro lado, Cronbach argumenta que el propósito de la evaluación se diferencia claramente de la investigación científica, siendo la evaluación más un arte que una ciencia, que debe ser orientada hacia el conocimiento de las necesidades de los tomadores de decisiones y de los

involucrados. Estas posturas son puestas en los siguientes términos por Rossi, *et al.,* (2004): "Mientras que los estudios científicos estriban principalmente en conocer los estándares de investigación, Cronbach piensa que las evaluaciones deben dedicarse a proveer el máximo de información útil que las circunstancias políticas, las constricciones del programa y los recursos disponibles, permitan" (Rossi, *et al.,* 2004: 23). El enfoque intermedio consiste en que "en la práctica el evaluador debe encontrar un balance entre el énfasis puesto sobre los procedimientos que aseguren la validez de los resultados y aquellos que arrojen resultados a tiempo, que sean significativos y útiles para los consumidores" (Rossi, *et al.,* 2004: 25).

Los investigadores en procesos evaluativos han generado diversos procedimientos para la evaluación de los programas y políticas públicas. Guerrero Amparán (1995), destaca cinco métodos (ver el esquema 4.1):

1) Evaluación descriptiva: Es independiente de los objetivos de la política pública. Registra cambios concretos después de la aplicación del programa gubernamental. No explica las causas de los efectos ni mide los niveles de variación.

2) Evaluación clínica: Mide la efectividad de la política pública con base en los objetivos de la misma y la califica con sus normas particulares. Asume los objetivos de la política pública.

3) Evaluación normativa: Califica la política pública con base en normas externas. El evaluador puede definir sus propios objetivos, con relativa independencia de los objetivos oficiales de la política pública (aunque es frecuente que coincidan).

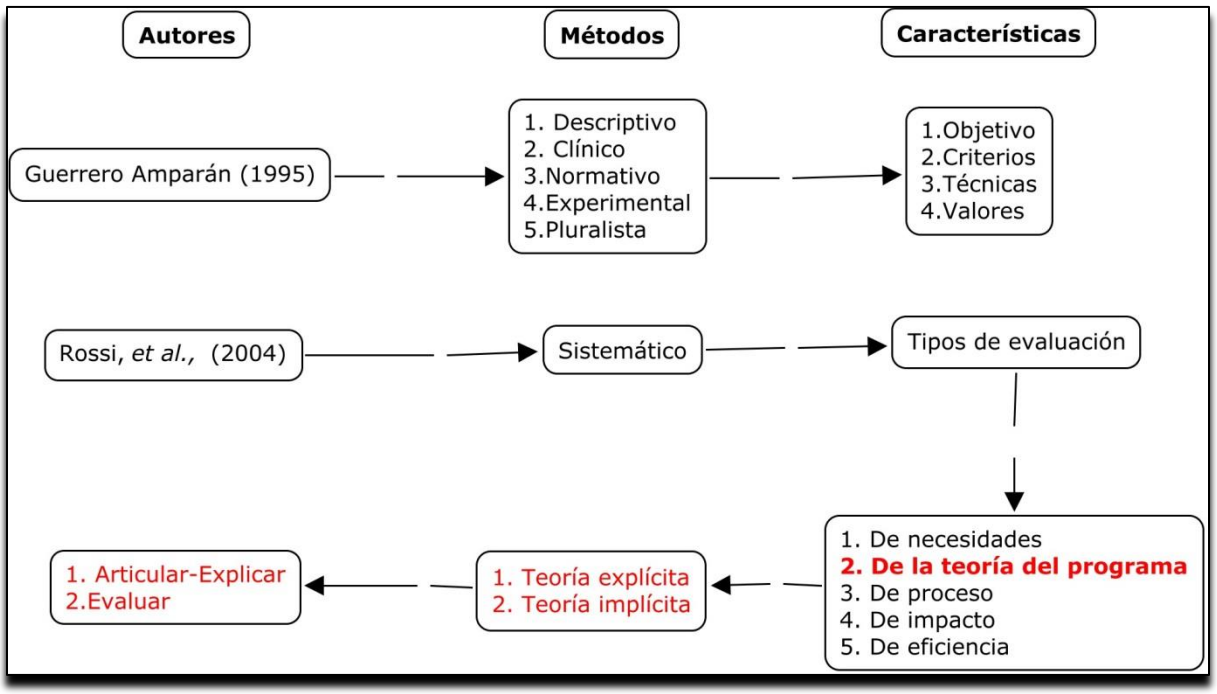
4) Evaluación experimental: Controla científicamente los efectos concretos de una política pública a partir de sus objetivos oficiales.

5) Evaluación pluralista: Establece un análisis colectivo y permanente para adaptar y mejorar la aplicación de la política pública con el acuerdo de todos los involucrados y a partir de los objetivos generales de la política.

Por su parte, Rossi, *et al.*, (2004) proponen un método de evaluación de programas y políticas públicas al que denominan sistemático (ver esquema 4.1). Los tipos principales de problemas abordados por las evaluaciones y los métodos asociados son: 1) La necesidad del servicio, la cual se analiza con la evaluación de necesidades; 2) la conceptualización y diseño del programa, se examinan mediante la evaluación de la teoría del programa, la cual puede ser explícita o implícita, y es necesario articularla y explicarla antes de evaluarla, como se verá posteriormente; 3) la implementación, se juzga a través de la evaluación de proceso o monitoreo; 4) los resultados, son inspeccionados con la evaluación de impacto; y 5) la eficiencia del programa, se investiga mediante la evaluación de eficiencia.

En éste, "los evaluadores típicamente emplearán procedimientos de la investigación social para obtener, analizar e interpretar evidencia acerca de la ejecución de un programa" (Rossi, *et al.*, 2004: 16). Se ubica en un punto intermedio entre la perspectiva científica y la pragmática; toda evaluación debe responder al contexto, ya que investigaciones muy elaboradas y con un alto grado de refinamiento en mediciones requieren tiempo y recursos, situación que no siempre es posible. Sin embargo, deben ser "suficientemente buenas" para responder a interrogantes relevantes de los programas y las políticas, que de otra manera no sería probable obtener.

Esquema 4.1. Métodos de evaluación de programas y políticas públicas



Fuente. Elaboración propia con datos de Guerrero Amparán (1995) y Rossi, *et al.*, (2004).

4.2.1. Evaluación de la teoría del programa

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, el objetivo general de la presente investigación es evaluar la teoría del Programa de Salud, de la Estrategia Todos Somos Juárez; por lo que se describe con más detalle este tipo de evaluación.

Dada la identificación de una necesidad social o privada, que demanda alivio o solución a las instituciones de gobierno o a los agentes privados, se requiere la conceptualización y diseño de un programa, [14] que razonablemente dará respuesta a ese fenómeno. Esto es, la teoría del programa posee el "saber cómo", con cierto grado de certeza anticipada, para la obtención de los beneficios buscados. Este paso es tan importante, que se

[14] Para Rossi, *et al.*, (2004), la conceptualización y el diseño y la teoría del programa son sinónimos, por lo que en adelante se utilizarán indistintamente.

considera que “es el fundamento sobre el que descansa todo programa” (Rossi, *et al.,* 2004: 134). Es de notar, sin embargo, que esta etapa se acerca mucho más a la perspectiva pragmática que a la científica, al razonamiento abductivo que al deductivo o inductivo, como se discutió con antelación. Ya que se elabora mediante razonamientos plausibles, aprovechando la experiencia adquirida en situaciones semejantes, cuando las hay.

Durante el proceso evaluativo, la teoría del programa se manifiesta de dos maneras (ver esquema 4.1): explícita o implícita. Cuando existe una teoría explícita, está contenida en los documentos del programa y en la comprensión que el personal y los actores involucrados tienen de ésta, lo que exige la existencia de un mínimo de correspondencia entre ambos elementos. Por el contrario, "cuando se presume que los supuestos subyacentes acerca de los servicios y prácticas del programa para el logro de sus propósitos no han sido plenamente articulados y registrados, el programa tiene una teoría implícita" (Rossi, *et al.,* 2004: 146). Lo verdaderamente central en este asunto, es que no importa si la teoría del programa se presenta explícita y detalladamente desarrollada, o está implícita en las acciones o estructuras del programa, lo esencial es que explique por qué el programa hace lo que hace, sean los resultados esperados o no; o en retrospectiva, por qué hizo lo que hizo, previsto o no.

En relación a la teoría explícita, existen dos fases para analizarla: articularla y evaluarla. La primera hace referencia a la “producción de una descripción explícita de las concepciones, suposiciones y expectativas que constituyen la racionalización de la manera en la que el programa está estructurado y es operado” (Rossi, *et al.,* 2004: 135). La segunda depende del grado de síntesis y articulación de la teoría, realizado en la fase anterior.

Para la articulación del programa se toman en cuenta dos actividades: describir el modelo, poniendo especial atención en los objetivos y las metas; y determinar qué tan bien definido y evaluable es el modelo. Para realizar la descripción “el evaluador comienza con la concepción del programa presente en los documentos y en información oficial, pero intenta ver el programa como lo ven los que están más cerca de él. La intención es lograr una representación del programa tal como existe y una comprensión de los asuntos del programa que verdaderamente importan a las partes involucradas” (Rossi, *et al.,* 2004: 136).

En esta fase destacan tres componentes:

1) La teoría de impacto, "consiste en supuestos acerca del proceso de cambio accionado por el programa y las condiciones de mejora que se espera resulten. Esto es operacionalizado mediante las transacciones de los objetivos del programa, pues constituyen los medios mediante los cuales el programa espera causar los efectos pretendidos" (Rossi, *et al.,* 2004: 139).

2) El plan de uso del servicio, "está constituido por los supuestos y expectativas del programa acerca de cómo alcanzar a la población objetivo, provee una secuencia de contactos de servicio y concluye la relación cuando el servicio ya no es necesario o apropiado" (Rossi, *et al.,* 2004: 140).

3) El plan organizacional, "guarda relación con los recursos del programa, el personal, la administración, y la organización general" (Rossi, *et al.,* 2004: 141). Éste puede generalmente estar representado por un conjunto de proposiciones: "si el programa tiene tales y tales recursos, instalaciones, personal, entre otros. Si está organizado y administrado en tal o tal forma, y si se involucra en tales y tales actividades y funciones, luego, podría resultar una organización viable que pueda operar la entrega de servicio pretendida" (Rossi, *et al.,* 2004: 141).

La evaluación se consigue mediante dos fases: la primera valora el grado en el que la teoría del programa conoce la problemática social, en particular las necesidades de la población que tiene como objetivo atender. La segunda consiste en el análisis de la lógica y la plausibilidad de la conceptualización y el diseño del programa y su articulación para la solución de las necesidades de la población bajo intervención.

Cuando la teoría explícita no es evaluable porque no contienen los requisitos mínimos descritos con antelación, se pasa a la extracción, explicación y evaluación de la teoría implícita con el objetivo de describir el programa "como se pretendía", es decir, "las expectativas reales sostenidas por los tomadores de decisiones sobre lo que el programa se supone que hace y qué resultados se esperan conseguir" (Rossi, *et al.,* 2004: 146).

Comúnmente, la teoría implícita del programa se genera en contextos en los que no existe una planeación de programas exhaustiva. En términos generales, lo anterior ocurre debido a que los servicios profesionales dedicados a la atención de las personas operan con repertorios de servicio preestablecidos y tipos de intervención asociados con sus respectivas áreas de especialización. "Como resultado, el diseño de los programas es a menudo una cuestión de configurar una variación de los servicios familiares "listos para usarse" dentro de un paquete que parecen apropiados para un problema social sin un análisis detallado de las correspondencias entre aquellos servicios y la naturaleza específica del problema" (Rossi, *et al.,* 2004: 135).

La primera tarea para lograr la extracción y explicación de la teoría del programa implícita, es definir los límites del programa en cuestión. Una manera de conseguirlo es considerar la perspectiva de los tomadores de decisiones involucrados. La definición "debe representar como mínimo la jurisdicción de los tomadores de decisiones, las estructuras organizacionales y las actividades sobre las cuales las decisiones son susceptibles de ser realizadas" (Rossi, *et al.,* 2004: 148).

"El aspecto más crítico de la definición de los límites del programa es asegurarse que comprende todas las actividades importantes, eventos, y recursos relacionados con uno o más resultados reconocidos como centrales para la empresa" (Rossi, *et al.,* 2004: 148). Esto puede lograrse mediante la "obtención de los beneficios que el programa pretende producir, y trabajar en retrospectiva para identificar todas las actividades y recursos bajo el auspicio organizacional que se presume contribuyen a la obtención de esos beneficios." (Rossi, *et al.,* 2004: 148).

El segundo paso es explicar la teoría del programa. Para un programa que existe, la tarea apropiada es describir la teoría como está plasmada realmente en la estructura y operación del programa. Para conseguir esto, el evaluador debe trabajar con los involucrados para perfilar la teoría representada en sus acciones y supuestos. El procedimiento general para esto involucra aproximación sucesiva. La descripción de un bosquejo de la teoría del programa es generada usualmente por el evaluador y discutida con las partes interesadas,

que son las conocedoras, para recibir retroalimentación. El bosquejo es luego refinado sobre la base de la nueva información y mostrado de nuevo a las partes interesadas apropiadas.

4.3. Diseño metodológico

Se llevó a cabo un estudio de evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez. Para ello, se siguió el método sistemático de Rossi, *et al.*, (2004).

Este es un estudio exploratorio y retrospectivo. Respecto a los estudios exploratorios, Hernández Sampieri, *et al.*, (1991), afirman que se efectúan cuando se examina un tema o problema poco estudiado, o que no se ha abordado con antelación, o bien cuando la revisión de la literatura científica revela que hay únicamente datos aislados, que no constituyen un cuerpo de conocimiento, sino ideas vagas referentes a un tema de estudio. En relación a los estudios retrospectivos, estos autores comentan que se basan en variables pretéritas que se dieron en la realidad, sin la intervención del investigador.

El estudio se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua, en torno al periodo 2010-2012. Las fuentes de información utilizadas para responder las preguntas de esta tesis fueron: a) la experiencia directa de participantes en la elaboración del Programa de Salud, mediante la aplicación de entrevista semiestructurada; y b) documentos y materiales relacionados con el mencionado Programa.

La muestra de informantes fue seleccionada por sujetos tipo, mediante bola de nieve (Hernández Sampieri, *et al.*, 1991). En ésta, lo que se buscó fue entrevistar a los personajes más representativos o reconocidos por otros actores sociales participantes en el Programa de Salud: Líderes de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), funcionarios de salud del estado de Chihuahua, funcionarios federales y funcionarios municipales. De los funcionarios se logró entrevistar a los primeros y los segundos. No se tuvo acceso a los otros dos grupos, por la imposibilidad de contactarlos o por la negativa de participar en este estudio. Un grupo no considerado al principio, y que resultó de la bola de nieve, fue el de los consultores y funcionarios de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas (ver anexo 5): Diez a líderes de OSC (en estas se concentran personas de OSC, del Colegio de Psicólogos de Ciudad Juárez y de los Colegios de Médicos Estatal y de

Ciudad Juárez); tres a funcionarios de salud del estado de Chihuahua, dos a consultores de la OPS y dos a funcionarios de esta misma institución.

Por otro lado, se recopilaron documentos y materiales relacionados con el Programa de Salud: videos, minutas, diagnósticos, y un borrador de un trabajo en proceso de elaboración, de uno de los principales ideólogos de este Programa. La codificación y análisis de la información se realizó a través de la mirada del realismo, según lo entienden Miles y Huberman (1994). Esta corriente teórica afirma "que la realidad del fenómeno social existe no únicamente en la mente, sino también en el mundo objetivo. Y que algunas leyes regulares y razonables se encuentran entre ellos" (Miles, Huberman, 1994: 4). Esta legalidad proviene de ciertas constantes y secuencias que enlazan los fenómenos lingüísticos, las decisiones, los conflictos, las estructuras y jerarquías sociales, entre otras, que son construidos por las personas de formas comunes y a la vez transformadas continuamente. De estos patrones se pueden derivar constructos que subyacen a la vida individual y social.

Los autores en cuestión proponen tres pasos para el análisis de la información cualitativa: la reducción de los datos, la presentación de los mismos y el bosquejo y verificación de conclusiones. La reducción de datos puede ser entendida como una condensación de la información. Este acotamiento "es una forma de análisis que corta, sortea, enfoca, descarta y organiza los datos, de manera tal que se pueden bosquejar y verificar conclusiones "finales" " (Miles, Huberman, 1994: 11). Para llevar a cabo esta primera fase, es necesario el desarrollo de una lista provisional de códigos, antes de iniciar el trabajo de campo. Esta lista deriva del marco conceptual, de las preguntas de investigación, de las hipótesis, de las áreas problema y/o de las variables que el investigador considera en el estudio, en los anexos 3 y 4 se ofrecen estos instrumentos.

La lista provisional de códigos se inicia mediante la elaboración de un código principal y algunos sub-códigos para marcar segmentos de datos en cada una de las variables, lo que da como resultado una lista manejable. Ésta se puede aplicar a los resultados iniciales del material de campo para verificar que sea de utilidad o ajustar aquellos códigos que lo requieran.

Una vez obtenida una lista de códigos suficientemente sólida, debe ser aplicada al material o información pertinente, y en un proceso iterativo obtener la lista final.

La representación de los datos consiste en "un ensamblaje organizado y comprensivo de información que permite el bosquejo y la acción de conclusión" (Miles, Huberman, 1994: 11). Por lo que la medida en la que los datos pueden ser representados, es la magnitud en la que se consigue validar el análisis cualitativo. Lo anterior deriva en que la exhibición de información en forma compacta, auxilia al entendimiento de los fenómenos estudiados y a la toma de decisiones basados en tal comprensión.

De la misma manera que la reducción de datos, la representación de la información no está separada del análisis, e implica también un proceso de condensación, ya que el diseño de una representación, sea un cuadro, una matriz, una gráfica, una tabla o cualesquiera otras, consiste en una serie de decisiones acerca de cuáles datos tomar en cuenta, la prioridad de éstos, y en qué formas serán mejor comprendidos por el público al que se dirigen.

El bosquejo de conclusiones y su verificación tiene lugar mediante "la observación de regularidades, patrones, explicaciones, configuraciones posibles, flujos causales y proposiciones" (Miles, Huberman, 1994: 11); las cuales pueden ir emergiendo a medida que el investigador entra en contacto con la información, sin embargo, las conclusiones finales pueden no aparecer hasta que la revisión completa del material se haya realizado.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este capítulo contiene dos partes. La primera, presenta los resultados y el examen de la información para la evaluación de la teoría explícita del Programa de Salud. Debido a que no se encontraron datos consistentes para evaluarla de acuerdo al método utilizado, en la segunda parte, se ofrecen los resultados y examen de la información mediante la extracción y explicación de la teoría implícita según el método de evaluación descrito con antelación.

5.1. Resultados y análisis de la información para la evaluación de la teoría explícita del Programa de Salud

Previamente se mencionó que las fuentes de información para este trabajo son documentos y materiales relacionados con el Programa de Salud y entrevistas semiestructuradas realizadas a líderes de Organizaciones de la Sociedad Civil, a funcionarios de salud del gobierno de Chihuahua, y a consultores y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud. Que la articulación y evaluación de la conceptualización y el diseño del Programa de Salud, se realiza mediante el método sistemático para evaluar teorías de programas. Para la codificación y análisis de la información se utiliza la teoría del realismo. Y para interpretar la información se usan tres conceptos: el razonamiento abductivo, la máxima pragmática y la violencia homicida atípica.

Como se mencionó en el capítulo sobre el diseño metodológico, el primer paso para evaluar la teoría explícita de un programa, es articularla. Esto se logra mediante la obtención de los objetivos, las metas, el plan de uso de servicio, el plan organizacional y el plan de impacto, de documentos e información proporcionada por agentes involucrados.

Para lograr esta primera tarea, este apartado se ha dividido en tres secciones. En las dos primeras, se articula la teoría explícita del Programa de Salud, a partir de los datos de documentos y entrevistas, y en la tercera, se aplica el método evaluativo seleccionado a dicha información.

5.1.1. Articulación de la teoría explicita del Programa de Salud a partir de los documentos

Antes de proceder con la articulación del Programa de Salud, es necesario recordar lo mencionado con anterioridad: que éste, como parte de la Estrategia Todos Somos Juárez, no tuvo objetivos ni plan de impacto propios, ya que fueron los mismos que los de la ETSJ. En cambio, sí se planearon acciones de trabajo particulares, las cuales tuvieron la finalidad de contribuir a la consecución de los objetivos la Estrategia: disminuir la inseguridad y mejorar la calidad de vida de los juarenses.

En el cuadro 5.1 se presenta la articulación de la teoría explicita tanto a partir de los documentos como de las entrevistas.

<u>Objetivos y plan de impacto</u>

De acuerdo a la información expuesta en el cuadro 5.1, existe un alto grado de plausibilidad entre los objetivos y el plan de impacto para romper el círculo de inseguridad y mejorar la calidad de vida de los habitantes, en la medida en que es necesario atender las causas y no solo los efectos que generan tales situaciones, mediante la creación de oportunidades sociales y económicas para la población, la reconstrucción del tejido social y la disminución de conductas antisociales; proporcionadas a través de la integralidad de las políticas públicas, la coordinación gubernamental y la participación ciudadana.

Las 40 acciones de trabajo propuestas en el Programa de Salud fueron descritas en extenso en el capítulo II. En este apartado se ofrecen de manera resumida con la finalidad de realizar el análisis de la plausibilidad de su contribución para lograr los objetivos y el plan de impacto:

- Adicciones: implementar medidas de seguridad y a fortalecer y desarrollar programas de capacitación para centros de atención de la drogadicción, así como a la prevención y tratamiento de este fenómeno.
- Salud mental: brindar capacitación en intervención en crisis para la atención de víctimas de violencia; flexibilizar el modelo de atención en salud para incorporar y ampliar los servicios de salud mental en el medio hospitalario, mediante la incorporación de

psicólogos; así como desarrollar un modelo de salud mental integral dirigido a víctimas de violencia.

- Prevención y promoción de la salud: otorgar capacitación para evaluar y gestionar proyectos de intervención social, impulsar programas innovadores de promoción de la salud, brindar apoyo técnico, crear fondos para organizaciones dedicadas a la promoción de la salud, fortalecer el marco legal de uso de alcohol, fortalecer los operativos anti-alcohol, iniciar centros de convivencia para la reinserción social de adultos, crear una línea telefónica de apoyo psicológico, generar una plataforma única de datos y apoyar a los jóvenes.
- En relación a cobertura: subrogar el Seguro Popular, contratar personal y afiliar al total de la población sin otro tipo de servicio médico, en especial a los huérfanos que la violencia estaba dejando; la operación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en sábados y domingos; aumentar el número de camas en el IMSS; y realizar un encuentro médico-quirúrgico.
- Respecto a infraestructura: construir unidades de atención primaria, fortalecer y operar hospitales al 100 por ciento, concluir obras hospitalarias, determinar la viabilidad de un hospital de segundo nivel.

Como se puede concluir de la información anterior, las acciones con mayor plausibilidad para romper el círculo de inseguridad, están relacionadas con la atención a los usuarios de drogas y el fortalecimiento del marco legal del alcohol y los operativos anti-alcohol. Sin embargo, la plausibilidad de su influencia sobre la disminución de la violencia homicida atípica, tal como fue descrita anteriormente, es baja. Esto responde a que si bien, el consumo de drogas ilegales se relaciona con el narcomenudeo y éste con el narcotráfico, y que la disminución del número de adictos y su tratamiento, razonablemente constreñiría el mercado, no necesariamente los usuarios de estas sustancias participaran en la violencia homicida que estaba ocurriendo en esa época. Este mismo razonamiento aplica, y todavía más por ser una sustancia legal, para los consumidores de alcohol. Estos fenómenos, razonablemente, se acercan mucho más al tipo de violencia ordinaria, donde el uso de este tipo de productos puede ser un factor facilitador de ésta.

Cuadro 5.1. Información para articular la teoría explícita del Programa de Salud

Fuente	Objetivos	Acciones planeadas	Plan uso del servicio	Plan organizacional	Plan de impacto
Documen-tos: Estrategia Todos Somos Juárez, Recons-truyamos la Ciudad	Romper el círculo de inseguridad, mejorar la calidad de vida de los habitantes de Ciudad Juárez.	40 acciones: Adicciones (9), salud mental (7), prevención y promoción de la salud (11), cobertura (7) e infraestructura física en salud (6).	Se propone el desarrollo de las 40 acciones planeadas.	Se constituyó el consejo ciudadano de salud para vigilar los avances en las 40 acciones. Se asignaron recursos a algunas de ellas. Existieron reuniones dirigidas por el Gobierno federal.	Se esperaba cumplir los objetivos atacando no sólo los efectos, sino las causas de la violencia, dando oportunidades sociales y económicas, procurando la reconstrucción del tejido social y disminuyendo las conductas antisociales. Para ello se consideraron la participación ciudadana, la integralidad de las políticas y la corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno.
Diez entrevistas a líderes de OSC	Dos entrevistados reconocieron la reconstrucción del tejido social; uno, mejorar la salud en general; cuatro, hacer contrapropuestas a lo que proponía el gobierno; Cinco no consideraron objetivos. Nota: varios consideraron más de un objetivo.	Cada OSC privilegió acciones que reforzaran los proyectos en los que trabajaban históricamente.	Dependió de cada organización. Se estima que participaron 60. Las cuales se concentraron en tres áreas: Adicciones, Salud mental e infraestructu-ra.	El Consejo Ciudadano se involucró en el trabajo y se dividió en Subprogramas: Adicciones, salud mental e infraestructura. Cada OSC atendía prioritariamente las necesidades o propuestas propias. Algunas recibieron recursos para sus proyectos.	Se esperaba cumplir los objetivos mediante la atención a las víctimas de violencia desde el punto de vista de la salud mental, a los usuarios de drogas, mediante la satisfacción de la infraestructura y la cobertura en salud y el desarrollo políticas públicas en salud.
Tres entrevistas a funciona-rios de salud del gobierno de Chihuahua	No se identificaron.	Crear un plan rector de salud mental. Apoyar las acciones en salud mental. Actualizar a la ciudad del rezago de infraestructura física en salud. Exhibir los diagnósticos de infraestructura "mal hechos" por el Gobierno federal y proponer propios. Afiliar al Seguro Popular.	No se identificó.	Acuden a las reuniones del Consejo Ciudadano, del cual son parte. Se adscriben a la mesa que les corresponde por mandato: infraestructura y salud mental. Aportan información que consideran importante. Son dependientes de la liberación de recursos.	Esperanza en el Centro de atención integral del hospital de salud mental. No hay una política definida para actuar en contra de la violencia.
Dos entrevistas a consulto-res y dos entrevistas a Funciona-rios de la OPS	Atender el problema de la violencia de la ciudad. Atender los rezagos históricos de salud. Extender el servicio de salud pública a la población.	Implementación de las 40 acciones. Replicar y reimpulsar estrategias que la Secretaría de Salud ya venía realizando. Incrementar los servicios de salud ya establecidos.	Era difícil elegir la población objetivo, debido a la existencia de información contradictoria entre la federación y la producida por el Observatorio de Seguridad de Ciudad Juárez.	Participación destacada de sociedad civil. El elevado número de participantes obligó a separarse en subprogramas de trabajo. Visto como un proceso de desvinculación y abandono por parte del gobierno. Programa de Salud visto como una serie de acciones desarticuladas. Se dieron recursos a algunos proyectos, pero menos de los que se prometió.	Consultor: se buscó que fuera integral, intersectorial, transversal y de intervenciones focalizadas. Desde la salud pública y el modelo ecológico. Funcionario OPS: Se privilegió la atención a las víctimas de violencia para que el ciclo de violencia no se repitiera. Funcionario OPS: Se buscó que fuera *Bottom-Up*

Fuente. Elaboración propia, con datos de la Estrategia Todos Somos Juárez (sin año), y de entrevistas a representantes de OSC, funcionarios de salud del gobierno de Chihuahua, y consultores y funcionarios de la OPS.

En relación a la mejora de la vida de los habitantes de los diversos sectores mediante las acciones propuestas, se le puede atribuir un alto grado de plausibilidad, ya que todas contribuirían de alguna manera a lograr este objetivo. Por ejemplo, en el área de adicciones: el tratamiento de usuarios de drogas y el fortalecimiento de programas de las instituciones dedicadas a ello. En salud mental: la atención a las víctimas de la violencia y la ampliación de la salud mental en la comunidad y en los medios hospitalarios. En prevención y promoción de salud: la capacitación en la evaluación y gestión de proyectos, el impulso a programas innovadores en promoción de la salud, la apertura de líneas telefónicas de apoyo psicológico, etc. En cobertura: buscar la totalidad de atención de la población mediante el Seguro Popular, ampliar el servicio del IMSS y del ISSSTE a sábados y domingos. En infraestructura física: construir nuevas unidades de atención médica y fortalecer a hospitales ya existentes. Todo lo anterior, razonablemente podría contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes, así como impactar en la reconstrucción del tejido social y al desistimiento de determinadas conductas anti sociales (las ligadas a la violencia común) y por consecuencia, a auxiliar a la disminución de la violencia ordinaria, a mediano o largo plazo. Pero no responderían a la situación de urgencia de atender la violencia homicida atípica que la ciudad estaba experimentando.

El plan de uso de servicio

Consiste en los supuestos acerca de los mecanismos mediante los cuales se alcanzará a la población objetivo, la secuencia de los contactos del servicio y los criterios a seguir para decidir cuando el servicio ya no será necesario. De acuerdo a la información contenida en el cuadro 5.1, en el Programa de Salud no existió un plan detallado, simplemente se propuso el desarrollo de las acciones sin aclarar quién o cómo las llevarían a cabo. Desde el método de evaluación que se está utilizando en este trabajo de tesis, sin un plan de uso de servicio no se puede llegar a la población, no se tiene una secuencia lógica de acciones y contactos, ni se sabe cuándo el servicio ya no será necesario o seguirá siéndolo.

El plan organizacional

Consiste en las conjeturas acerca de los recursos, tanto económicos, como de personal, del tipo de administración requerido y de la organización en general. Respecto a lo anterior, la información documental constata que se constituyó el Consejo Ciudadano de salud para vigilar los avances en las acciones, se asignaron recursos a algunos de ellos y existieron reuniones dirigidas por el Gobierno Federal. Sin embargo, no da cuenta detallada del funcionamiento a nivel de cada una de los cinco subprogramas generados en el Programa de Salud, ni del personal requerido y tampoco con qué recursos se pretendían trabajar las 40 acciones.

5.1.2. Articulación de la teoría explícita del Programa de Salud a partir de la información de las entrevistas

En esta sección se irán exponiendo los datos por grupo de entrevistados [15] y posteriormente se realizará el análisis de la información.

5.1.2.1. Información de entrevistas de líderes de OSC

En relación a la plausibilidad de que mediante el plan de impacto se lograrían los objetivos, se pueden apreciar dos situaciones (ver cuadro 5.1). La primera, señalada por la mayor parte de los entrevistados, consiste en la falta de objetivos del Programa. La segunda, estriba en que consideraron que el objetivo era hacer contrapropuestas a las propuestas del Gobierno Federal. Esto conduce a tres suposiciones plausibles acerca de la razón por la que, aun existiendo objetivos claros en los documentos del Programa, los entrevistados no los refirieron: 1) Lo dicho por los entrevistados muestra su inconformidad con los objetivos que los funcionarios federales plantearon, 2) los líderes no acudieron a las reuniones donde se establecieron los objetivos, 3) desconocían el contenido de los documentos de la ETSJ.

[15] Para identificar a los entrevistados se utiliza el siguiente código: Para representantes de la sociedad civil, sin cargo público, tales como líderes de OSC, de Asociaciones de psicólogos y Colegios de médicos: OSC 1, 2, 3, n…; funcionarios de salud de Chihuahua: FSCH 1, 2, 3; consultores de la OPS: COPS 1, 2, y funcionarios de la OPS: FOPS, 1, 2. Ver anexo 5, donde se dan detalles de los informantes.

En cambio, otros entrevistados consideraron que existía un alto grado de plausibilidad entre los objetivos de reconstrucción del tejido social y mejora de la salud en general, mediante el desarrollo de políticas públicas en salud, la atención a las víctimas de violencia desde el punto de vista de la salud mental, a los usuarios de drogas y mediante la satisfacción de la infraestructura y la cobertura en salud. De acuerdo con ellos, todas esas acciones podían auxiliar a la disminución de la inseguridad, a la reconstrucción del tejido social, a la disminución de conductas anti sociales (las no relacionadas con el tráfico de drogas), a mediano y largo plazo. En relación a las acciones para alcanzar los objetivos, los líderes expresaron que cada asociación privilegió las acciones que eran más afines a las actividades que ya realizaba antes que iniciara el Programa de Salud.

Respecto al plan de uso de servicio, no manifestaron ningún plan general parecido a lo que se sugiere en la teoría. Éste dependió de cada organización, de acuerdo a los proyectos en los que trabajaba históricamente; los cuales se concentraron en tres áreas de atención: adicciones, salud mental e infraestructura.

El plan organizacional consistió en el involucramiento del Consejo Ciudadano en el trabajo, y se dividió en Subprogramas (recuérdese que originalmente su función era vigilar el avance de las acciones): Adicciones, salud mental e infraestructura. Cada OSC atendió prioritariamente las necesidades o propuestas propias. Algunas recibieron recursos para sus proyectos.

5.1.2.2. Información de entrevistas a funcionarios de salud de Chihuahua

Las opiniones expresadas por los funcionarios estatales, quienes no identificaron objetivos ni plan de impacto del Programa (ver cuadro 5.1), instan a pensar en dos situaciones. La primera, consiste en que como empleados del estado, su función e intereses estaban acotados por el cargo que ostentaban y se dedicaron a cumplir tareas. Una probable evidencia de esto es la opinión de uno de los entrevistados, que sin ser funcionario federal, fue parte del equipo de la Secretaría de Gobernación, por lo cual tuvo la oportunidad de conocer desde dentro del Gobierno Federal la Estrategia Todos Somos Juárez, y el Programa de Salud en particular. Él consideró que “la situación era: servidores públicos tradicionales que tienen una meta de

cumplir metas. Y que lo hicieron bien muchos, ¿no? [...] hay que ser realistas" (COPS 2, entrevista, 2014). La segunda, menos plausible, que desconocían los objetivos y lo que se pretendía alcanzar mediante el cumplimiento de ellos.

En relación a las acciones, los entrevistados siguen la lógica de destacar las actividades afines al campo de sus atribuciones como funcionarios públicos. Y exhiben la falta de concordancia entre los diagnósticos que ellos tenían de la situación en salud de la ciudad y los que el Gobierno Federal presentaba. En relación a este punto, el investigador tuvo acceso a dos diagnósticos (se desconoce el número total): un diagnóstico situacional de Ciudad Juárez sobre infraestructura en salud, realizado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, (2010), y otro para desarrollar un plan de alineación de salud mental para la ciudad, que tenía "como objetivo el integrar en un solo plan rector a todas las instituciones que participan en el subgrupo de Salud Mental, con la finalidad de definir las acciones específicas a realizar para mejorar la calidad de vida de los habitantes de Ciudad Juárez" (CAPINTE y AURA Consultores, sin año, sin páginas), realizado por una empresa privada para la Jurisdicción Sanitaria II, del gobierno chihuahuense, a la que pertenece Ciudad Juárez. [16] Por lo que no se pueden establecer comparaciones mediante documentos, sino a través de la información proporcionada por los involucrados.

En relación al plan de uso de servicio, en los datos provistos por los funcionarios no hay evidencia de que existiera.

El plan organizacional consistió en ser parte del Consejo Ciudadano. Se adscribieron a la mesa que les correspondía por mandato, infraestructura y salud mental; aportaron información que consideraron importante; y pensaron que las acciones propuestas estaban a expensas de la liberación de recursos por parte del Gobierno Federal.

[16] Un problema encontrado durante el trabajo de campo consistió en que la mayoría de los entrevistados hablaron de la elaboración y existencia de diagnósticos de diversa índole, sin embargo, no los tenía en su poder y suponían que alguien más los tenía. Es de destacar que todos los entrevistados eran líderes directos de sus respectivas áreas de trabajo, organizaciones o instituciones, por lo cual era de esperarse que tuvieran tales estudios.

5.1.2.3. Información de entrevistas a consultores y funcionarios de la OPS

De acuerdo con estos entrevistados, existió un alto grado de plausibilidad entre los objetivos y el plan de impacto, ya que para disminuir la inseguridad, atender los problemas de la ciudad, los rezagos históricos en salud y extender el servicio de salud pública a la población, se requería una respuesta integral, intersectorial, transversal y de intervenciones focalizadas (ver cuadro 5.1).

Además se necesitaban las opiniones de las personas (*Bottom-up*); y el enfoque de salud pública y el modelo ecológico podían ayudar. También consideraron razonable que la atención a las víctimas de la violencia coadyuvaría a que el círculo de la violencia no se repitiera.

Referente a las acciones para lograr los objetivos, uno de los consultores consideró que la implementación de las 40 acciones contribuiría a esto. El otro mencionó que la Secretaría de Salud únicamente pretendía replicar y reimpulsar las estrategias que ya venía realizando, mediante el incremento de servicios de salud ya establecidos.

Referente al plan de uso de servicios, uno de los funcionarios expresó que era difícil elegir la población objetivo, debido a la existencia de información contradictoria entre la federación y la producida por el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez, a quienes ellos apoyaban y de la cual se sirvieron para implementar sus acciones. Los demás no expresaron opinión, por lo tanto se asume la carencia de éste.

En relación al plan organizacional, sobresale que los cuatro entrevistados de esta sección opinaron que el Programa de Salud consistió en una serie de acciones desarticuladas. Otras opiniones vertidas consistieron en destacar la participación de las organizaciones de la sociedad civil, lo que obligó a que el Programa de Salud se dividiera en subprogramas de trabajo; en señalar que se dieron recursos a algunos proyectos, pero menos de los que se prometió; y que el programa pasó por un proceso de desvinculación y abandono por parte del gobierno. En resumen, careció de un plan organizacional, como lo propone el método de evaluación utilizado en este trabajo.

5.1.3 Correspondencia de la teoría explícita contenida en la información de documentos y entrevistas

Se constata una nula concordancia, esto deriva de que no es plausible que una persona neutral obtenga una idea clara de lo que era el Programa de Salud, al considerar esos datos en sí mismos. Situación que no se presenta con las opiniones de los consultores y funcionarios de la OPS, en la que existe plausibilidad de que esto suceda.

Concerniente a la valoración del grado en que la teoría explícita del programa conoce la problemática o las necesidades de la población que tiene como objetivo atender, se destaca que ni los objetivos, ni el plan de impacto, ni las acciones para alcanzar los objetivos, consideraron el tipo de violencia que estaba ocasionando las altas tasas de homicidios. Por otro lado, referente a la necesidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes de este municipio, existen datos que manifiestan el conocimiento contradictorio de las necesidades de la población; esto se asume por la presencia de opiniones que expresan conflictos en los diagnósticos o en la información presentada por el Gobierno Federal, con la que poseían las instituciones estatales y la generada por el Observatorio de Seguridad y Convivencia ciudadanas de Ciudad Juárez, a quien apoyaba la OPS, y cuya información era usada por ésta.

En el caso del análisis de la lógica y plausibilidad de la conceptualización del diseño del programa y su articulación para la solución de las necesidades de la población bajo intervención, se determina que no era plausible conseguir los objetivos planeados, ni el plan de impacto esperado con este diseño, debido a la inexistencia de un plan de uso de servicio y de un plan organizacional suficientemente detallado.

En resumen, bajo las anteriores circunstancias se considera que la teoría explícita del Programa de Salud no cumple los requisitos mínimos para ser evaluable.

Por otro lado, al aplicar la máxima pragmática, la cual menciona que para "determinar el significado de una concepción intelectual, uno debe considerar qué consecuencias prácticas podrían concebiblemente resultar necesariamente de la verdad de esa concepción; y la suma de estas consecuencias constituirá el significado completo de la concepción" (Blanco 1994), puede decirse que la inexistencia de coincidencia entre la teoría

explícita del Programa de Salud, contenida en los documentos y la información de los líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses, tiene implicaciones como consecuencia práctica de la imposibilidad de alcanzar los objetivos y el plan de impacto esperados en tales escritos. Por otro lado, la falta de consideración del tipo de violencia que estaban abordando, tiene como consecuencia práctica que no se generaron objetivos, ni plan de impacto para incidir directamente sobre ésta.

De esta manera, es poco plausible que el Programa de Salud haya contribuido a la disminución de la violencia homicida atípica que era la causa de la alta tasa de homicidios en esa época. Asimismo, el conocimiento contradictorio de las necesidades de la población, tiene como consecuencia práctica que existe un alto grado de plausibilidad que hayan planeado acciones no acordes a las necesidades de la población, así como que las que elaboraron hayan sido aplicadas en zonas no prioritarias. En relación a la inexistencia de un plan de uso de servicio y el plan organizacional insuficientemente desarrollado, una consecuencia práctica consiste en que sin éstos era imposible alcanzar los objetivos y el plan de impacto planeado en los documentos del Programa de Salud; otra hace referencia a que en tales circunstancias existe una alta plausibilidad de que las organizaciones e instituciones participantes recurrieran a los mecanismos tradicionalmente usados por cada una para suplir la falta de planeación, generando lo que los consultores y funcionarios de la OPS calificaron como "una serie de acciones desarticuladas" (COPS 1, entrevista, 2014; COPS 2, entrevista, 2014; FOPS 1, entrevista, 2014; FOPS 2, entrevista, 2014); lo que hace plausible la existencia de tantos planes de uso de servicio y organizacionales, como participantes existieron.

5.2. Teoría implícita del Programa de Salud

Como se mencionó en un capítulo anterior, cuando “los supuestos subyacentes acerca de los servicios y prácticas del programa para el logro de sus propósitos no han sido plenamente articulados y registrados, el programa tiene una teoría implícita" (Rossi, *et al.*, 2004: 146). También se comentó que esta situación se genera en contextos donde no existe una planeación de programas exhaustiva y hay en cambio servicios profesionales dedicados a la atención de las personas que operan con repertorios de servicio preestablecidos, con

programas “listos para usarse”. Tal como se describirá más adelante, esta parece haber sido la situación del Programa de Salud.

La primera tarea a realizar para evaluar esta teoría, es elaborar la definición de los límites del programa. Éstos se obtienen mediante la extracción y descripción de los beneficios que el programa pretende producir. Posteriormente se deben obtener los mecanismos mediante los cuales se esperaban conseguir tales provechos. Y por último, se efectúa la evaluación de la teoría.

La información recopilada permitió separar los beneficios esperados y sus mecanismos de obtención en dos grupos: 1) los deseados por los líderes de las OSC y por los funcionarios de salud chihuahuenses, y 2) los que los consultores y funcionarios de la OPS observaron en las reuniones del Programa de Salud a las que asistieron, y los que ellos mismos planearon de forma complementaria para apoyar a la Jurisdicción Sanitaria II, de Chihuahua, a la que pertenece Ciudad Juárez.

5.2.1. Definición de los límites del Programa de Salud a partir de información proporcionada por líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses

5.2.1.1. Beneficios buscados por líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses

Los beneficios buscados por estos informantes se pudieron agrupar en las siguientes categorías: A) Participación, B) expectativas de recepción de recursos, y C) conforme a las acciones de los documentos.

A) Participación

Los entrevistados consideraron que su participación fue limitada por el Gobierno Federal, ya que algunas acciones que a ellos interesaban no fueron tomadas en cuenta en la planeación del Programa de Salud y otras fueron incorporadas después de mucha insistencia y fuertes discusiones. Como ejemplo de las primeras, destaca que buscaban mayor crédito en la toma decisiones para dejar de ser meros agentes de opinión. Uno de los entrevistados lo resumió

de la siguiente manera: “Cuando ya se fue formando el Consejo, seguimos insistiendo, y nos seguimos reuniendo nosotros aparte, insistiendo en que se invirtiera en lo que nosotros veíamos que la ciudad necesitaba. Pero, muy poco fuimos escuchados” (OSC 9, entrevista, 2014). Otro comentó que los Colegios de Médicos del Estado y el de Ciudad Juárez (OSC 7, entrevista, 2014), realizaron propuestas que desde su punto de vista requerían atención urgente, para la preservación de la vida del personal de salud que atendía los casos de heridos de bala, tanto en el traslado a los hospitales como en la hospitalización. La opinión de alta prioridad derivó de la desprotección que experimentaban al atender este tipo de situaciones, ya que en repetidas ocasiones los sicarios habían intentado rematar a la víctima o consumar el homicidio, sin importar las personas, el lugar o las circunstancias que se presentaran, incluyendo la vigilancia prestada por los militares, o la policía federal. Por estas razones exigían un hospital de sangre, es decir, un hospital en el que fueran ingresadas todas las víctimas con heridas de bala, que estuviera bajo jurisdicción militar y no civil.

Además de lo anterior, solicitaron acciones de prevención del uso de adictivos en la infancia (OSC 3, entrevista, 2014; osc 8, entrevista, 2014), tales como comidas o bebidas chatarra, uso de medicinas de prescripción médica sin receta y de drogas legales e ilegales que causan adicción; así como la prevención, tratamiento y atención al narcomenudeo.

Otra expectativa consistió en que se desarrollara un Programa de Salud integral y de intervención comunitaria (OSC 8, entrevista, 2014; OSC 9, entrevista, 2014), basado en los tamizajes que se estaban llevando a cabo en algunas escuelas de la ciudad, que atendiera a las colonias más vulnerables, mediante “parques recreativos, con horarios extendidos de educación, con alimento, con educación para la familia, con talleres de desarrollo social y familiar, pero se quedó en eso, meramente en buenas… o sea” (OSC 8, entrevista, 2014).

En relación a los aspectos de planeación que los entrevistados consideraron que fueron incorporadas después de disputas y alegatos con los funcionarios federales, estuvieron: la visión de que un tema fundamental era la atención a las víctimas de la violencia, desde la perspectiva de la salud mental, y que era imposible reconstruir la ciudad, [17] si no era desde esa postura profesional (OSC 1, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014;

[17] Ya se comentó con anterioridad este cambio de acento en los objetivos.

OSC 5, entrevista, 2014). A este respecto, uno de los problemas que encontraron fue que la Secretaría de Salud consideraba como profesionales de la salud mental exclusivamente a los psiquiatras; por lo que lucharon para que fueran aceptadas metodologías distintas a las tradicionalmente usadas por la medicina, las que incluían a las psicológicas, psicoterapéuticas, tanatológicas y otras formas no consideradas dentro de las anteriores, tales como aromaterapia, Reiki, y diversas técnicas de masaje, entre otras. [18]

Otros actores sociales (OSC 2, entrevista, 2014; OSC 8, entrevista, 2014) esperaban que los centros de atención a usuarios de drogas fueran protegidos por las fuerzas del orden público, derivado de que en el interior de varios de ellos se consumaron homicidios masivos (en un capítulo previo de este trabajo, se ofreció información al respecto), y se diera tratamiento a usuarios de drogas.

Respecto a infraestructura, los beneficios esperados consistieron en que se atendiera el rezago histórico generalizado en materia de salud. En particular, pugnaron por un segundo hospital general para la ciudad, plenamente equipado (OSC 7, entrevista, 2014; OSC 3, entrevista, 2014); un hospital infantil (OSC 10, entrevista, 2014), el fortalecimiento del Hospital de la Mujer, y del Hospital General existente (Osc 6, entrevista, 2014; Osc 9, entrevista, 2014). Otros esperaban la terminación y apertura de un hospital psiquiátrico, para concentrar los esfuerzos en atención mental ahí (FSCH 2, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014). Algunos más buscaron incrementar el número de contrataciones de personal de salud mental, especialmente en el IMSS (OSC 2, entrevista, 2014; OSC 5, entrevista, 2014).

Otro de los beneficios esperados fue la atención a los jóvenes. Sin embargo, este aspecto aparece desvinculado del discurso de la mayoría de los entrevistados, a excepción de el de los entrevistados OSC 10 y FOPS 16, quienes trabajaron en esta línea.

B) Expectativas de recepción de recursos

El segundo grupo de beneficios deseados consistió en la recepción de recursos económicos. En opinión de la mayoría de los entrevistados, fue el mismo Gobierno Federal quién generó esta expectativa (OSC 1, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014; OSC 3, entrevista, 2014;

[18] Todos estos eran programas "listos para usarse".

OSC 4, entrevista, 2014; OSC 5, entrevista, 2014; OSC 7, entrevista, 2014; OSC 8, entrevista, 2014; OSC 9, entrevista, 2014; FSCH 1, entrevista, 2014; FSCH 2, entrevista, 2014; COPS 1, entrevista, 2014; FOPS 2, entrevista, 2014). Una de las entrevistadas lo describe de la siguiente manera: "porque nos dijeron: ¡Pidan! Pues pidan, ¿no? […] se anotaron varias organizaciones, y cada quién cómo es lo que iba a hacer" (OSC 1, entrevista, 2014). Esta esperanza de recepción de recursos, generó cuatro fenómenos. El primero, que un gran número de OSC, se acercaron con la intención de recibir apoyo para continuar con los proyectos que tradicionalmente atendían. El segundo, consistió en el nacimiento de OSC de manera repentina, que pretendieron obtener recursos, que algunas lograron. El tercero, propició que diversas organizaciones asistieran exclusivamente a reuniones presidas por personajes importantes del Gobierno Federal, con la finalidad de ser tomados en cuenta a la hora del reparto de los recursos. El cuarto, la generación de lo que una de las entrevistadas juzgó como "canibalismo por los recursos", (OSC 5, entrevista, 2014), y otra como "una pelea por los recursos" (OSC 1, entrevista, 2014) que propició muchos problemas al interior de la mesa (OSC 1, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014; OSC 3, entrevista, 2014; OSC 8, entrevista, 2014), incluyendo una demanda de legal por mal manejo de dinero. Estas cuatro situaciones explican, plausiblemente, por qué al inicio del programa el número de OSC fue muy elevado (alrededor de 60) y paulatinamente fue decreciendo, hasta quedar predominantemente sólo aquellas que recibieron apoyo económico (aproximadamente 5).

En este mismo tenor, los entrevistados esperaban beneficios económicos especialmente para tres áreas, que estaban en sintonía con las acciones planeadas en los subprogramas de trabajo: adicciones, salud mental e infraestructura en salud; es necesario destacar que los otros subprogramas del Programa de Salud, considerados en los documentos tales como cobertura y prevención y promoción de la salud, no figuran en el discurso de ninguno de los entrevistados.

En relación a adicciones, lo primordial fue buscar recursos para realizar acciones de prevención de adictivos, para los tratamientos convencionales de usuarios de drogas y para la prevención y tratamiento del narcomenudeo. Este último aspecto fue propuesto debido al razonamiento de que los adictos crónicos a drogas ilegales "son los generadores de la violencia, eran los generadores de la violencia…los robos, de los atracos. Todo ese tipo de situaciones […] de repente la oferta no era la misma por la persecución policiaca y tenían que cometer delitos" (OSC 6, entrevista, 2014).

En cuanto a salud mental, esperaban recursos para atender a las víctimas de la violencia, especialmente en siete áreas: 1) estrés postraumático, 2) duelo, 3) violencia familiar, 4) depresión, 5) ansiedad, 6) amenaza de suicidio y 7) paranoia. Lo que implicó la planeación de procedimientos de intervención en crisis. Dentro de la atención a salud mental se consideraron indispensables las áreas de psicología, psicoterapia, tanatología, y otras formas de intervención alternativas, como aromaterapia, Reiki, masaje, entre otras. La atención en esta área fue considerada como parte fundamental del Programa de Salud por más de la mitad de los entrevistados (OSC 1, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014; OSC 3, entrevista, 2014; OSC 5, entrevista, 2014; OSC 8, entrevista, 2014; OSC 9, entrevista, 2014; FSCH 1, entrevista, 2014; FSCH 2, entrevista, 2014; FSCH 3, entrevista, 2014), ya que mediante estas formas de intervención buscaron "preparar a las personas para que el ciclo de violencia no se repitiera" (FOPS 16, entrevista, 2014).

Respecto a infraestructura, querían recursos para atender el rezago histórico generalizado en materia de salud. En particular, los entrevistados pugnaron por un segundo hospital general plenamente equipado para la ciudad (OSC 7, entrevista, 2014; OSC 3, entrevista, 2014); un hospital infantil (OSC 10, entrevista, 2014); el fortalecimiento del Hospital de la Mujer, y del Hospital General (OSC 6, entrevista, 2014; OSC 9, entrevista, 2014). Otros esperaban la terminación y apertura de un hospital psiquiátrico, para concentrar ahí los esfuerzos en atención mental (FSCH 2, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014). Algunos más buscaron incrementar el número de contrataciones de personal de salud mental, especialmente en el IMSS (OSC 2, entrevista, 2014; OSC 5, entrevista, 2014).

5.2.1.2 Mecanismos utilizados por líderes de OSC y funcionarios de salud de Chihuahua para alcanzar los beneficios

Los mecanismos utilizados para conseguir los bienes buscados, fueron de tres tipos: 1) asistencia a las reuniones coordinadas por los funcionarios federales; 2); participación de las OSC en las convocatorias para la recepción de recursos dadas a conocer por el Gobierno Federal; y 3) la confrontación de OSC y funcionarios de salud estatales con los funcionarios federales, sobre diversos aspectos.

La primera manera consistió en la asistencia a las reuniones mensuales dirigidas por los funcionarios del Gobierno Federal, para ser candidatos a recibir apoyos económicos, ya fuera para contribuir a la consecución de los objetivos del Programa de Salud o continuar con los proyectos que tradicionalmente realizaban. Así como para participar de los reportes de avances, propuestas y problemáticas de los distintos subprogramas del Programa de Salud.

La segunda consistió en la participación en las convocatorias dadas a conocer por el Gobierno Federal, para tener acceso a los recursos. Este aspecto fue controversial, mientras algunos entrevistados consideraron que no existió transparencia en las convocatorias, ya que se manejaron de forma discrecional, otros opinaron que al estar ligadas a programas nacionales no había manera de que existiera tal discrecionalidad. Respecto al manejo discrecional, el entrevistado OSC 1, consideró que no quedaba claro cómo era el manejo de los recursos, porque había organizaciones que no tenían Clave Única de Inscripción (CLUNI) -la cual es indispensable para participar en convocatorias federales-, y se les otorgaron recursos económicos. Otro informante, quien recibió recursos económicos para su organización, afirmó que "en realidad no fueron convocatorias abiertas […] Fue una convocatoria cerrada al interior de la mesa (subprograma de salud mental). Una convocatoria abierta, es por ejemplo una convocatoria de Sedesol o del Indesol. Esta es una convocatoria cerrada, a la que tuvieron acceso solamente las organizaciones que pertenecían a la mesa. Y se acabó" (OSC 2, entrevista, 2014). Otro más, consideró que "como era un plan de emergencia, hubo muchas facilidades que nunca se habían visto; muchas veces no hubo convocatorias, sino que dieron los recursos" (OSC 3, entrevista, 2014). En relación al segundo aspecto, un entrevistado, quien recibió apoyo económico para su organización, mencionó que

los recursos se dieron mediante contratos (OSC 5, entrevista, 2014). Asimismo, un entrevistado, quien además fue evaluador de proyectos del Programa de Salud por parte del Gobierno Federal, mencionó que el acceso a los recursos dependía de las convocatorias nacionales (FOPS 2, entrevista, 2014).

La tercera forma consistió en la confrontación de las OSC y de los funcionarios de salud a nivel estatal, con el Gobierno Federal, principalmente sobre los siguientes aspectos: La insistencia en que se debían atender a las víctimas de la violencia, y la falta de correspondencia, considerada por los entrevistados, entre los diagnósticos, presentados por los funcionarios federales y los elaborados por los Colegios de Médicos Estatal y de Ciudad Juárez (este aspecto se comentó previamente). Otro asunto fue que exigieron que se realizara una real inversión en el Seguro Popular, la que consistía en que se afiliaran personas y a la vez se incrementara, en proporción, la disponibilidad de medicamentos, personal de salud y espacios, no nada más que se dedicaran a inscribir e incrementar las estadísticas con números (OSC 9, entrevistada, 2014; OSC 2, entrevista, 2014). Además, reclamaron constantemente que los funcionarios federales ya traían un plan prediseñado para desarrollar en Ciudad Juárez (OSC 1, entrevista, 2014; OSC 2, entrevista, 2014; OSC3, entrevista, 2014; OSC 5, entrevista, 2014; OSC 8, entrevista, 2014; FOPS 3, entrevista, 2014). Un último aspecto de confrontación fue el relacionado con solicitar a la federación la realización de inversión en programas integrales de desarrollo social e intervención comunitaria (OSC 8, entrevista, 2014; OSC 9, entrevista, 2014).

5.2.1.3. Limitaciones de la teoría implícita del Programa de Salud a partir de la información proporcionada por informantes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses

Las limitaciones del Programa de Salud de acuerdo a los beneficios esperados por este grupo de entrevistados y a los mecanismos para conseguirlos, consisten en que las expectativas de participación en la planeación de acciones que los entrevistados tenían no se cumplieron, lo que resultó en confrontaciones con los funcionarios federales para la inclusión de temas que a ellos importaban, por diferencias en los diagnósticos que unos y otros defendían. Las expectativas de recursos de la mayoría de los participantes en el Programa tampoco se

cumplieron, y hubo una serie de problemáticas generadas por la falta de mecanismos transparentes para la consecución de tales recursos.

Las consecuencias prácticas que pueden resultar de las limitaciones del Programa de Salud, son:

- Las opiniones vertidas sobre la limitación a los entrevistados en las decisiones de planeación de acciones prioritarias, muestran que no se cumplió la filosofía de participación social propuesta en los documentos relacionados con el Programa de Salud. Esto generó un ambiente de trabajo durante las reuniones realizadas, denominado por uno de los entrevistados como "una pelea de gallos" (FOPS 2, entrevista, 2014), en el que predominaba la desconfianza frente a la información que unos y otros aportaban, lo que está en plena concordancia con lo expuesto con antelación, respecto a que algunos líderes de OSC consideraron que dentro de los objetivos estaba hacer contrapropuestas a las propuestas del gobierno federal y también con la opinión de otros entrevistados, respecto a que los funcionarios federales ya traían un plan preestablecido y que poco se les escuchó. Sin embargo, una deficiencia grave de este trabajo de tesis, consiste en que no se logró entrevistar a ningún funcionario federal, como se comentó en el capítulo sobre el diseño metodológico, para poder contrastar la información, por lo que las anteriores reflexiones podrían estar sesgadas por la disponibilidad de informantes.
- La consecuencia práctica de las expectativas generadas sobre la recepción de recursos por parte del Gobierno Federal, fue que una gran cantidad de participantes se acercara al Programa de Salud con la esperanza de obtener tales beneficios, y acudieran predominantemente a las reuniones donde estaban presentes los funcionarios que prometían tales beneficios y no a las reuniones ordinarias de trabajo. Aunado a esto, otra consecuencia que derivó de la información contradictoria respecto de los mecanismos para acceder a tales recursos, fue la generación de confusión, desaliento y deserción por parte de la mayoría de organizaciones participantes, ya que iniciaron alrededor de 60 y al final quedaron aproximadamente 5, que fueron las que recibieron apoyo económico. Hubo una serie de problemáticas internas nombradas como “canibalismo” y “pelea por los recursos” por los informantes, y una demanda legal por mal manejo de dinero.

En resumen, el significado general de lo anterior, de acuerdo a la máxima pragmática, la cual afirma que la sumatoria de todas las consecuencias prácticas dan el significado de un concepto complejo, es el siguiente: La teoría implícita del Programa de Salud, plausiblemente se cimentó sobre contradicciones con la filosofía de participación ciudadana contenida en los documentos que hacen referencia al mencionado Programa, la cual estipula un tipo de participación amplia y abierta de la ciudadanía juarense. Esto tuvo como consecuencias un ambiente de planeación hostil y de disputas en el que se puede estimar que quien tuvo más influencia para determinar los beneficios del Programa y los mecanismos para acceder a éstos, fueron aquellos agentes que tuvieron mayor poder. En segundo lugar, las expectativas generadas sobre la recepción de recursos, la predominante falla en el cumplimiento de las mismas y la falta de claridad en los mecanismos de acceso a los recursos, generaron lo que algunos entrevistados resumieron como "canibalismo" y "lucha por los recursos", con consecuencias de abandono por parte de la mayoría de participantes del Programa de Salud.

5.2.2. Definición de los límites del Programa de Salud a partir de información de consultores y funcionarios de la OPS

En relación a los consultores y funcionarios de la OPS, una circunstancia particular que es necesario considerar es que éstos no participaron desde el principio en el Programa de Salud, sino que se involucraron posteriormente, especialmente para apoyar a la Jurisdicción Sanitaria II, de la Secretaría de Salud del estado de Chihuahua, a la cual pertenece Ciudad Juárez (FOPS 2, entrevista, 2014; COPS 1, entrevista, 2014; COPS 2, entrevista, 2014).

5.2.2.1. Beneficios esperados contenidos en información de consultores y funcionarios de la OPS

Este apartado se divide en dos secciones: la primera, contiene lo que los consultores y funcionarios atestiguaron en las reuniones del Programa de Salud. La segunda, consiste en las acciones y mecanismos planeados por ellos para auxiliar a la Jurisdicción Sanitaria II, y que no necesariamente incluían al resto de subprogramas del Programa de Salud.

Respecto al primer aspecto, los beneficios esperados expresados por los distintos participantes en las reuniones a las que asistieron los consultores y representantes de la OPS se resumen en lo siguiente: Se discutían las necesidades de la población y lo imperativo de realizar evaluaciones de éstas, de los tipos de servicios que había en la ciudad y de los que hacían falta, y de cómo la violencia estaba impactando a la ciudadanía. Así mismo, los participantes de las OSC, fueron enfáticos con el tema de la necesidad de la atención de salud mental, especialmente en la atención a las víctimas de la violencia, para que el ciclo de violencia no se repitiera. Otro asunto fue trabajar en la atención a niños huérfanos o afectados por la pérdida de algún familiar, derivado de la violencia, que estaban llegando al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En el tema de infraestructura se recalcaba la necesidad de un centro de salud mental, que no fuera hospital, sino de atención ambulatoria, debidamente equipado, para que fuera el eje de vinculación y canalización al que los centros de salud y los centros comunitarios de la ciudad pudieran referir a las personas para seguir con la atención. También consideraron que la Secretaría de Salud se puso metas más altas en algunos rubros que ya tenía dentro de sus proyecciones ordinarias, por ejemplo, en la afiliación al Seguro Popular, la remodelación de algunos hospitales, la ampliación de la cobertura de camas censables y la construcción de un hospital de tercer nivel para la ciudad.

Otras necesidades expresadas fueron: extender el servicio de salud pública a la población, y la necesidad de realizar un programa de salud mental para la ciudad, así como atender las adicciones.

Los mecanismos para obtener los beneficios descritos anteriormente son los mismos mencionados en otros apartados: la planeación de las 40 acciones, la conformación de subprogramas y del Consejo de Ciudadano de Salud, así como de las reuniones mensuales, etc.

En relación a los beneficios buscados y los mecanismos utilizados por parte de la OPS como auxiliar de la Jurisdicción Sanitaria II, consistieron en lo siguiente: planeación y realización de una evaluación mediante la "*Mental Health GAP"* (MHGAP), para ver dónde

estaban las brechas en términos de salud mental en la ciudad, propuesta de instalación de camas en hospitales para pacientes en crisis emocionales o psiquiátricas, en vez de un hospital psiquiátrico (tema muy discutido en ese tiempo), para que tuvieran acceso a una atención más integral. Asimismo, planeó y ejecutó la capacitación de más de 500 promotoras en el tema de salud mental y de salud en general, de enfermedades crónicas e inmunizaciones. Planeó y trabajó para establecer grupos de adolescentes promotores de salud, que tenía la Secretaría de Salud. Brindó apoyo al Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadana del Municipio de Juárez, para tener información confiable e identificable en un sólo lugar (tema también muy discutido frente a las inconsistencias de los diagnósticos mostrados por los funcionarios federales). También trabajó con el DIF, planeando y desarrollando el Programa Teleinformático de Gestión de Expedientes Electrónicos (PROTEGE), que consiste en digitalizar los expedientes, lo cual permite establece el nivel de riesgo en el que se encuentra el menor, ya que genera el historial de caso, y hace más eficiente la recepción y seguimiento, ya que la búsqueda se realiza mediante *Google Maps*; con la finalidad de que fuera utilizado, además de en Ciudad Juárez, en el resto del estado de Chihuahua. Así mismo, establecieron alianzas con los Centros Comunitarios Municipales para llevar acabo algunas de las actividades descritas anteriormente. La mayoría de estas actividades no involucraron al Programa de Salud como conjunto, ni estaban planeadas en sus documentos.

5.2.3. Aplicación de la metodología de la evaluación a los límites de la teoría implícita del Programa de Salud

Como se mencionó previamente, la evaluación se consigue mediante dos fases: La primera, valora el grado en el que la teoría del programa conoce la problemática social, en particular las necesidades de la población que tiene como objetivo atender. Y la segunda, estriba en el análisis de la lógica y la plausibilidad de la conceptualización y el diseño del programa y su articulación para la solución de las necesidades de la población bajo intervención.

De acuerdo a la información expuesta, se pueden discriminar dos teorías implícitas del Programa de Salud: 1) la representada por los líderes de OSC y funcionarios de salud de Chihuahua, que consistió en las expectativas de participación en la planeación de acciones

que los entrevistados consideraron prioritarias, así como las confrontaciones que éstos tuvieron con los funcionarios federales para la inclusión de temas que a ellos importaban, por ejemplo, la atención a víctimas de la violencia a través de estrategias de salud mental y otras medidas alternativas, y otro tipo de enfrentamientos por desacuerdos en los diagnósticos que unos y otros defendían. Las expectativas de recursos frustradas para la mayoría de los participantes en el Programa y la serie de problemáticas que generó la falta de mecanismos transparentes para la consecución de tales recursos también se incluyen aquí. 2) la constituida por los miembros de la OPS, quienes planearon y ejecutaron acciones no contempladas en los documentos del Programa de Salud y utilizaron sus propios mecanismos y recursos. Por ejemplo, la planeación y realización de una evaluación para conocer las brechas en salud mental en Ciudad Juárez; la planeación y desarrollo del Programa Teleinformático de Gestión de Expedientes Electrónicos (PROTEGE), con un plan de impacto estatal y no municipal, por poner dos ejemplos.

Derivado de que no existe una teoría implícita en el Programa de Salud, sino dos, se considera inviable evaluar este conjunto de teorías. Sin embargo, se puede reflexionar sobre algunos elementos.

En primer lugar, referente al primer aspecto a evaluar en una teoría implícita, el Programa de Salud presenta graves deficiencias en el conocimiento de la problemática y las necesidades de la población. Por una parte no tomó en cuenta la atención de las altas tasas de violencia homicida atípica. Y por otra, la existencia de información contradictoria entre los diagnósticos elaborados por el Gobierno Federal, por los Colegios de Médicos Estatal y de Ciudad Juárez, y por el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadana del Municipio de Ciudad Juárez, impiden la plausibilidad de disminuir la inseguridad o de coadyuvar a proveer oportunidades sociales y económicas a la gente; tampoco puede impulsar la reconstrucción del tejido social, ni disminuir la prevalencia de conductas antisociales en los grupos de población que verdaderamente lo requieren. Esto implica la alta plausibilidad que las instituciones con más poder fueran las que impusieron sus datos y realizaron las acciones de acuerdo a la información que poseían.

Referente a la plausibilidad de la conceptualización y el diseño y su articulación para solucionar las necesidades de la población, se considera inviable, por las siguientes razones: 1) Los objetivos planteados son demasiado generales, por lo que requerían, además, la presencia de objetivos particulares y acotados para el Programa de Salud y para cada una de las Subprogramas en las que se dividió, 2) La falta de concordancia entre los bienes ofrecidos por el Programa de Salud y los deseados por los entrevistados. 3) Los mecanismos para alcanzar los beneficios no están suficientemente detallados a nivel operativo, para cada Subprograma e incluso por actividad. De tal manera que en la práctica, los participantes asistieron a las reuniones, vertieron sus opiniones, confrontaron a los funcionarios de gobierno, para hacer valer sus puntos de vista, buscaron los recursos prometidos y procuraron realizar los proyectos que tradicionalmente venían desarrollando con este nuevo impulso.

En el caso de la OPS, como lo manifiestan los datos, auxilió en los asuntos que fue detectando a partir de sus propios estudios y a partir de sus mecanismos y recursos. Sin embargo, dejó de lado la atención al tema central: la situación de la violencia homicida atípica.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se dan a conocer las conclusiones derivadas de esta investigación, algunas limitaciones que presenta la metodología utilizada y algunas recomendaciones para futuras investigaciones de este tipo.

6.1. Conclusiones derivadas de la teoría del Programa de Salud

A) La teoría explícita del Programa de Salud no cumple los requisitos mínimos para ser evaluada, de acuerdo a la metodología utilizada en este trabajo de tesis, por diversas razones.

En primer lugar, no existe correspondencia entre la conceptualización y diseño expresado en los documentos referentes a dicho Programa y la información que los líderes de OSC y funcionarios de salud chihuahuenses expresaron. Se llega a tal conclusión debido a que no es plausible que una persona neutral tenga una idea clara de lo que fue la conceptualización y diseño del Programa de Salud mediante los datos expresados por estos informantes. Por ejemplo, los documentos del Programa propusieron como objetivos disminuir la inseguridad o romper su círculo, así como mejorar la calidad de vida de los juarenses. Por su parte algunos informantes consideraron como objetivos hacer contrapropuestas a las propuestas hechas por los funcionarios federales y otros no identificaron objetivos. Además, en relación al plan de impacto, en los documentos los planeadores pretendieron atacar no sólo los efectos, sino las causas de la violencia, dando oportunidades sociales y económicas a la población, así como por medio de la reconstrucción del tejido social y la disminución de las conductas antisociales. Para ello consideraron la participación ciudadana, la integralidad de las políticas y la corresponsabilidad de los tres órdenes de gobierno para el cumplimiento de las acciones del Programa. Por su parte los informantes de las OSC, privilegiaron las acciones que cada asociación realizaba tradicionalmente, es decir eran “programas listos para usarse”, en otras palabras, eran programas que no necesitaban ser diseñados, ya que estaban hechos y listos para ser incluidos en la planeación. Por ejemplo, las acciones propuestas en salud mental, atención a las víctimas de la violencia mediante estrategias psicoterapéuticas, tanatológicas, etc., y la

prevención y tratamiento de adicciones, entre otras. Así mismo, los funcionarios de salud del estado de Chihuahua dieron prioridad a aquellas acciones que estaban en concordancia con las atribuciones de sus puestos públicos, en especial lo referente a infraestructura física en salud, tal como equipamiento y fortalecimiento de hospitales, y ampliación de horarios de atención hospitalaria, entre otras.

La consecuencia de lo anterior, es que no era plausible alcanzar los objetivos y el plan de impacto previsto en los documentos debido a esta serie de incongruencias.

En segundo lugar la teoría explícita, tanto en los documentos como en las opiniones de los informantes, careció de un plan de uso de servicio, el cual consiste en los supuestos acerca de los mecanismos mediante los cuales se alcanzará a la población objetivo, la secuencia de los contactos del servicio y los criterios a seguir para decidir cuando el servicio ya no será necesario. Sin un plan de uso de servicio no se puede llegar a la población a la que se dirigen las acciones, no se tiene una secuencia lógica de éstas, ni de los contactos necesarios para hacer su entrega, ni se sabe cuándo el servicio ya no será necesario o seguirá siéndolo. Tal falta de planeación hace plausible que las organizaciones e instituciones participantes recurrieran a los mecanismos que tradicionalmente utilizaban para suplir tal falta de planeación.

En tercer lugar, el Programa de Salud contenido en los documentos careció de un plan organizacional suficientemente detallado. El plan organizacional consiste en la definición de los recursos económicos y de personal, del tipo de administración requerido, y de la organización en general. Respecto a lo anterior, la información documental constata que se constituyó el Consejo Ciudadano de salud para vigilar los avances en las acciones, se asignaron recursos a algunos de ellos y existieron reuniones dirigidas por Gobierno Federal. Sin embargo, no da cuenta detallada del funcionamiento a nivel de cada uno de los cinco subprogramas generados en el Programa de Salud, ni del personal requerido, ni tampoco con qué recursos se pretendían trabajar las 40 acciones. En este mismo orden de ideas, los entrevistados no expresaron un plan organizacional.

En cuarto lugar, respecto al grado de conocimiento de la problemática o las necesidades de la población para la que se planeó el Programa de Salud, se concluye que ni los objetivos, ni el plan de impacto, ni las acciones para alcanzar los objetivos, fueron diseñados para intervenir en el tipo de violencia que estaba ocasionando las altas tasas de homicidios. Por otro lado, referente a la necesidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes de este municipio, se concluye que existen datos que manifiestan el conocimiento contradictorio de las necesidades de la población, esto se asume por la presencia de opiniones que expresan conflictos en los diagnósticos o en la información presentada por el Gobierno Federal, con la que poseían las instituciones estatales y la generada por el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas de Ciudad Juárez, a quien apoyaba la OPS, y cuya información era usada por ésta.

En resumen, la falta de correspondencia entre la conceptualización del Programa por parte de los diferentes agentes, la falta de un plan de uso de servicio, un plan organizacional insuficientemente desarrollado, y discrepancia entre los diagnósticos de la situación de los diversos agentes, generaron lo que varios entrevistados consideraron como un conjunto de acciones desarticuladas. Podría incluso decirse que existieron tantos planes de uso de servicio y organizacionales, cuantos participantes existieron.

En relación a la lógica y plausibilidad de la conceptualización del diseño del programa y su articulación para la solución de las necesidades de la población bajo intervención, se concluye que no era plausible conseguir los objetivos planeados, ni el plan de impacto esperado con este diseño, debido a la inexistencia de un plan de uso de servicio y de un plan organizacional suficientemente detallado. Además de la existencia de una falta de acuerdo grave entre los diversos participantes respecto a las necesidades y problemáticas de la población a la que se pretendía atender mediante el Programa de Salud. Lo que hace altamente plausible que las instituciones con más poder impusieran sus diagnósticos y realizaran las acciones de acuerdo a la información que poseían.

B) La teoría implícita del Programa de Salud no puede ser evaluada

Se concluye que la teoría implícita del Programa de Salud no es evaluable. Tal situación deriva de la existencia de dos teorías implícitas: La primera está representada por los líderes de OSC y funcionarios de salud de Chihuahua, que consistió en las expectativas de participación en la planeación de acciones que los entrevistados consideraron prioritarias, así como las confrontaciones que éstos tuvieron con los funcionarios federales para la inclusión de temas que a ellos importaban, por ejemplo, la atención a víctimas de la violencia a través de estrategias de salud mental y otras medidas alternativas, así como enfrentamientos por desacuerdos en los diagnósticos que unos y otros defendían. También por las expectativas de recursos frustradas para la mayoría de los participantes en el Programa y las problemáticas que generó la falta de mecanismos transparentes para la consecución de tales recursos. La segunda, está constituida por los miembros de la OPS, quienes planearon y ejecutaron acciones no contempladas en los documentos del Programa de Salud y utilizaron sus propios mecanismos y recursos. Por ejemplo, la planeación y realización de una evaluación para conocer las brechas en salud mental en Ciudad Juárez; la planeación y desarrollo del Programa Teleinformático de Gestión de Expedientes Electrónicos (PROTEGE), con un plan de impacto estatal y no municipal, por poner dos ejemplos.

También se concluye que la existencia de teorías divergentes entre los diferentes actores, se debe a la falta de una teoría explícita suficientemente detallada, documentada y asimilada por los involucrados, y a la falta de consenso en áreas críticas. Por lo cual se generaron vacíos que fueron ocupados por las teorías implícitas que ya tenían desarrolladas las instituciones participantes; las que en esencia consistieron en privilegiar objetivos y acciones afines a sus proyectos, en aplicar los mecanismos que tradicionalmente usaban para tratar de conseguirlos, y en continuar trabajando en lo acostumbrado. De tal manera que en la práctica, los informantes de las OSC y funcionarios de salud chihuahuenses, asistieron a las reuniones, vertieron sus opiniones, confrontaron a los funcionarios del gobierno federal, para hacer valer sus puntos de vista, buscaron los recursos prometidos y procuraron realizar los proyectos que históricamente venían desarrollando, con este nuevo impulso. O realizaron su propia planeación de acciones y las llevaron a cabo con sus propios mecanismos y recursos, como en el caso de la OPS.

6.2. Conclusiones de la plausibilidad de la conceptualización y diseño del Programa de Salud para la disminución de la violencia homicida atípica

Se concluye que tanto la teoría explícita como las teorías implícitas, no diferenciaron la violencia homicida atípica de otros tipos de violencia, por tanto no desarrollaron objetivos, plan de impacto, ni acciones para prevenirla o tratarla. Las acciones planeadas que con mayor plausibilidad pudieron haber tenido algún impacto sobre la disminución de la inseguridad, fueron las dedicadas a la prevención de la drogadicción y el tratamiento provisto a usuarios de drogas, derivado de su relación con el narcotráfico. Sin embargo, de este hecho no deriva que éstos hayan estado inmiscuidos en la violencia homicida atípica. Otro componente que pudo haber contribuido a la disminución de la inseguridad fueron los operativos anti alcohol. Pero ambas situaciones se aproximan más a lo que los teóricos describen como facilitadores de la violencia ordinaria, que a la violencia homicida atípica. En un capítulo previo se discutió la diferencia entre ambas.

En esencia, la violencia ordinaria, deriva de la delincuencia común y está constituida por robo a casa habitación, asaltos, pleitos entre vecinos, homicidios no ligados al crimen organizado, entre otras manifestaciones, que estadísticamente no presentan grandes variaciones. En cambio la violencia homicida atípica es de aparición brusca y rebasa en un corto periodo de tiempo las tasas de homicidios en una localidad determinada; sirve como instrumento para controlar territorios y mercados relacionados con drogas ilegales y una serie de exacciones a la población no involucrada en actividades ilícitas, para recibir “protección”. Se caracteriza por el alto grado de sadismo y crueldad, algunas manifestaciones de esta clase son: masacres masivas y ejecuciones cometidas con armas automáticas de grueso calibre, decapitaciones, mutilaciones, torturas, entre otras, que frecuentemente tienen el propósito de enviar mensajes a los rivales o las autoridades legítimas. Todo lo anterior genera un ambiente social de incertidumbre, miedo y paranoia, con el consecuente entorpecimiento de las actividades comerciales y de desarrollo social y humano.

Derivado de lo anterior se considera que la conceptualización y diseño del Programa de Salud, no es un modelo que genere acciones para contribuir a la disminución de la violencia homicida atípica, registrada a partir del 2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua. Por

tanto no se recomienda que sea replicado, tal como fue conceptualizado y diseñado, en localidades que pretendan disminuir la violencia homicida atípica.

6.3. Limitaciones de la metodología utilizada en esta tesis

El método para la evaluación de la teoría del Programa de Salud de Rossi, *et al.*, (2004), usada en esta investigación, presenta varias limitaciones cuando se aplica a situaciones como la abordada. En primer lugar, este método asume la teoría de un programa como un fenómeno estático y único. Es decir, para que un programa pueda ser evaluable se requieren objetivos claros y definitivos, mientras que en el Programa de Salud el acento en los objetivos estuvo en constante cambio, de tal manera que en un momento eran unos y en otro, otros los centrales. Por otro lado, si bien este método considera el contexto de la necesidad, en otras palabras, se preocupa por las necesidades y problemáticas de la población objetivo, no toma en cuenta las problemáticas que se generan en el proceso de construcción de la conceptualización y diseño de los programas, como ocurrió en el programa aquí estudiado. Entre estas problemáticas están, por ejemplo: el manejo de recursos; las dinámicas de poder; la desconfianza severa frente a la información que el otro poseía; las confrontaciones frente a las propuestas distintas a las propias; la entrada estrepitosa de múltiples organizaciones, derivada del interés por la recepción de recursos para sus proyectos, igual que su salida, a causa de las expectativas frustradas; los cambios introducidos por agentes mediante acciones y mecanismos que no estaban considerados al principio, tal como ocurrió con el apoyo que la OPS brindó a la Jurisdicción Sanitaria II, entre otros.

En resumen, se considera que el método para la evaluación de la teoría del programa, de Rossi, *et al.*, (2004), no es el indicado para comprender y evaluar programas que contienen varias teorías y problemáticas en el proceso de construcción de la conceptualización y diseño de la teoría del programa.

6.4. Recomendaciones acerca del diseño de programas

A partir de los datos analizados se cree pertinente realizar las siguientes recomendaciones para la conceptualización y diseño de programas como el analizado en esta investigación:

A) Es imperativa la generación de información confiable, contenida en bases de datos únicas, así como de un consenso entre los diferentes participantes sobre las necesidades y problemáticas de la población, como insumo para el diseño de un programa.

B) El trabajo conjunto de actores sociales y gubernamentales en políticas públicas, requiere diseños de programas bien detallados y delimitados, en todas las áreas y tareas, así como un proceso de aprendizaje y asimilación del mismo por parte de los involucrados.

C) Este trabajo conjunto requiere además un manejo de recursos con la máxima transparencia, sin generar falsas expectativas a los involucrados. Es plausible que un pago por el servicio prestado, no por proyecto aprobado, sea el más indicado. Es decir, cabe seleccionar a aquellos líderes sociales que realmente pueden contribuir al trabajo colectivo y trascender con ello sus proyectos personales, y recibir retribución económica por ello, dejando de lado el trabajo de voluntariado, que es muy común entre las OSC, y que además, erróneamente, se espera de ellas.

D) Se requiere que se establezcan fechas concretas de finalización del programa, con el objetivo de prever un plan de contingencia y evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

Benitez Manaut, Raúl, 2010, "México 2010. Crimen organizado, seguridad nacional y geopolítica", en *Crimen organizaco e Iniciativa Mérida en las relaciones México-Estados Unidos*, Raúl Benitez Manaut, Editor, 2010, Colectivo de análisis de la seguridad con democracia, en <https://docs.google.com/gview?url=http://www.seguridadcondemocracia.org/crimen_organizado_e_iniciativa_merida/cap1.pdf>, consultado el 19 de julio de 2014.

Blanco, Hilda, 1994, *How to think about social problems: American pragmatism and the idea of planning*, United States of America, Greenwood Press.

CAPINTE y AURA Consultores, sin año, "Proyecto plan de alineación de salud mental de Ciudad Juárez. Reporte fase I encuadre general y análisis de las instituciones de salud mental entrevistadas de Ciudad Juárez".

Cervantes, Arturo, et al., [borrador], sin año, "Paradoxical success of a federal violencia prevention program in Mexico, Todos Somos Juarez".

Cuarto Informe de Gobierno, Presidente Felipe Calderón Hinojosa, 2010, "1.4 Crimen organizado", en <http://www.pgr.gob.mx/Temas%20Relevantes/Documentos/Informes%20Institucionales/2010/1.4%20Crimen%20Organizado.pdf>, consultado el 20 de abril 2014.

Escalante Gonzalvo, Fernando, 2011, "Homicidios 2008-2009 La muerte tiene permiso [sic]", *Nexos*, 1 enero, 2011, en <http://www.nexos.com.mx/?p=14089>, consultado el 19 de julio de 2014.

Guerrero Amparán, Juan Pablo, 1995, "La evaluación de políticas públicas", *Gestión y Política Pública*, vol. IV, núm. 1, primer semestre, pp.47-115, en <http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.IV_No.I_1ersem/GAJ_Vol.4_No.I_1sem.pdf >, consultado el 9 de noviembre del 2013.

Heinle K., Kimberly, *et al.*, 2014, "Drug violence in Mexico, data and analysis through 2013, special report", *Justice in Mexico Proyect*, Departament on Political Science & International Relations, University of San Diego, april, en < http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2014/04/140415-dvm-2014-releasered1.pdf>, consultado el 21 de abril 2014.

Hernández Sampieri, Roberto, *et al.*, 1991, *Metodología de la investigación*, Colombia, McGraw-Hill.

INEGI, 2005, "II Conteo de Población y Vivienda 2005", en <http://sc.inegi.org.mx/sistemas/cobdem/resultados.jsp?w=71&Backidhecho=136&Backconstem=135&constembd=005>, consultado el 10 de mayo 2014.

INEGI, 2010, "Censo de Población y Vivienda 2010", en <http://sc.inegi.org.mx/sistemas/cobdem/resultados.jsp?w=58&Backidhecho=198&Backconstem=197&constembd=199>, consultado el 10 mayo de 2014.

INEGI, 2013, "En 2012 se registraron 26 mil 037 homicidios", *Boletín de prensa núm. 288/13*, 30 de julio, Aguascalientes, pp. 1-7, en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2013/julio/comunica9.pdf>, consultado el 25 de abril 2014.

INEGI, 2014, "Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos (SIMBAD)", en <http://sc.inegi.org.mx/sistemas/cobdem/index.jsp?recargar=false>, consultado el 22 de abril 2014.

Kimble, Charles, *et al.*, 2002, *Psicología social de las Américas,* México, Prentice Hall.

Kjaerulf Finn, Rodrigo Barahona, 2010, "Preventing violence and reinforcing human security: a rightd-based framework for top-down and bottom-up action", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, vol. 27, n.5, May, en <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=en>, consultado el 20 de julio 2013.

La Jornada, 2009, "Llegan a Juárez 5 mil militares más; 8,500 reforzarán la seguridad: Torres Valdez", en <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/14/politica/010n1pol>, consultado el 23 de abril de 2014.

Los Angeles Times, 1997, "Gunmen kill 6 people at Ciudad Juarez Restaurant", en <http://articles.latimes.com/1997/aug/05/news/mn-19628>, consultado el 19 de abril 2014.

Miles, B. Matthew y Michael A. Huberman, 1994, *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, Second edition, United Stated of America, SAGE Publications, Inc.

Molzahn, Cory, *et al.*, 2012, "Drug violence in Mexico, data and analysis through 2011", en <http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2012/03/2012-tbi-drugviolence.pdf>, consultado el 5 de mayo 2014.

OPS, 2002, "Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen", en <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf>, consultado el 12 de agosto del 2013.

OPS, 2003, "La violencia, un problema mundial de salud pública", *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., pp.1-23, en <http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf>, consultado el 12 de agosto del 2013.

OPS, *et al.*, 2013a, "Construyendo sobre iniciativas existentes, cultivando relaciones, creando confianza, infraestructura para el conocimiento y acciones por una Ciudad Juárez segura, sistematización del proyecto Fomento de la prevención de la violencia y las lesiones en comunidades seleccionadas de la frontera México-Estados Unidos de América (Proyecto VIP)", en <https://www.google.com.mx/search?q=Construyendo+sobre+iniCiativas+existentes%2C+Cultivando+relaCiones%2C+Creando+Confianza%2C+infraestruCtura+para+el+ConoCimiento+y+aCCiones+por+una+Ciudad+Ju%C3%A1rez+segura&rlz=1C1CHVN_enMX549MX549&oq=Construyendo+sobre+iniCiativas+existentes%2C+Cultivando+relaCiones%2C+Creando+Confianza%2C+infraestruCtura+para+el+ConoCimiento+y+aCCiones+por+una+Ciudad+Ju%C3%A1rez+segura&aqs=chrome..69i57.1250j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>, consultado el 20 de marzo 2014.

OPS, *et al.*, 2013b, "Reporte de evaluación Proyecto VIP", en <http://www.paho.org/fepvip/index.php?option=com_content&view=article&id=88%3Areports&catid=17%3Aentrevistas&lang=es>, consultado el 23 de abril 2014.

OPS, OMS, 2013, "Prevención de la violencia: la evidencia. Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia", en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf>, consultado el 22 de abril de 2014.

Organización de los Estados Americanos, 2013, "Capítulo 4: La economía del narcotráfico", *El problema de las drogas en las Américas: Estudios*", en <http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/laEconomicaNarcotrafico_ESP.pdf>, consultado el 28 de mayo 2014.

Orquiz, Martín, 2014, "Cimbran a Juárez 25 masacres en cinco años, *El Diario.mx*, sábado 19 de abril, en <http://diario.mx/Local/2013-09-24_cc3b99cc/cimbran-a-juarez-25-masacres-en-cinco-anos>, consultado el 19 de abril 2014.

Ovalle, Lilia Paola, 2010, "Imágenes abyectas e invisibilidad de las víctimas. Narrativas visuales de la violencia en México", *El Cotidiano, Revista de la realidad mexicana actual*, noviembre-diciembre, pp. 103-115, en <http://132.248.9.34/hevila/ElCotidiano/2010/no164/12.pdf>, consultado el 26 de marzo de 2014.

PGR, 2012, "Delincuencia organizada", en <http://www.pgr.gob.mx/Combate%20a%20la%20Delincuencia/Delitos%20Federales/Delincuencia%20Organizada/Delincuencia%20Organizada.asp>, consultado el 8 de diciembre 2013.

Peirce, Charles S., 1878a, "How to make our ideas clear", en Nathan Houser, Christian Kloesel, Editors, *The Essential Peirce selected philosophical writings, volume 1 (1867-1893)*, Indiana, University Press, pp. 124-141.

Peirce, Charles S., 1878b, "Deduction, Induction, and Hypothesis", en Nathan Houser, Christian Kloesel, Editors, *The Essential Peirce selected philosophical writings, volume 1 (1867-1893)*, Indiana, University Press, pp. 186-199.

Pereyra, Guillermo, 2012, "México: violencia criminal y "guerra contra el narcotráfico"", *Revista mexicana de sociología*, Scielo, México, vol. 74, no. 3, julio-septiembre 2012, en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032012000300003&script=sci_arttext>, consultado el 20 de julio de 2014.

Pinel, J.P.J., 2001, *Biopsicología*, España, Prentice Hall.

Poiré Romero, A., 2011, "Los Operativos Conjuntos", *Blog de la Presidencia*, 16 de mayo, en <http://calderon.presidencia.gob.mx/el-blog/los-operativos-conjuntos/#more-66269>, consultado el 20 de abril 2014.

Presidencia de la República, [video], 2012a, "Visita del Presidente Felipe Calderón a la Colonia Felipe Ángeles", <http://www.youtube.com/watch?v=_812NTxwK1U>, consultado el 3 de junio 2013.

Presidencia de la República, [video], 2012b, "1° Feria de Empleo, Todos Somos Juárez", en <http://www.youtube.com/watch?v=avJlSa3yjs0>, consultado el 3 de junio 2013.

Rittel, W. J. Horst, Melvin M. Webber, 1973, "Dilemmas in a general theory of planning", *Policy Science*, 4, pp. 155-169, en <http://www.uctc.net/mwebber/Rittel+Webber+Dilemmas+General_Theory_of_Planning.pdf>, consultado el 30 de abril 2014.

Rodríguez Luna, Armando, 2010, "La Iniciativa Mérida y la guerra contra las drogas. Pasado y presente", en Raúl Benitez Manaut, editor, *Crimen organizado e Iniciativa Mérida en las relaciones México-Estados Unido*s, México, D.F., Colectivo de Análisis de la Seguridad con Democracia A. C. México, pp. 31-68, en <http://www.seguridadcondemocracia.org/contenido-y-descargas-de-libros/descargas/crimen-organizado-e-iniciativa-merida-en-las-relaciones-mexico-estados-unidos.html>, consultado el 7 de mayo 2014.

Rossi, H. Peter, *et al.*, 2004, *Evaluation: a systematic approach*, seventh edition, United States of America, Sage Publications, Inc.

Rojas, Diana Marcela, 2007, "Plan Colombia II: ¿más de lo mismo?" *Colombia internacional*, Redalyc.org, Universidad de los Andes Colombia, núm. 65, enero-junio, 2007, pp. 14-37, en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81206502>, consultado el 20 de julio 2014.

Roth Deubel, A. N., 2002, *Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación*, Bogotá, D.C., Ediciones Aurora.

Sosa, José, 2011, "Bases conceptuales para el abordaje de la política federal de evaluación en México: una propuesta analítica", en José María Ramos, José Sosa, Félix Acosta, coordinadores, *La evaluación de las políticas públicas en México,* México, El Colegio de la Frontera Norte/Instituto Nacional de Administración Pública, A.C., pp. 101-118.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2010, "Diagnóstico Situacional de Juárez, Chihuahua, Síntesis Ejecutiva".

Todos Somos Juárez, Avances a los 100 días, 2010, en <http://www.todossomosjuarez.gob.mx/estrategia/avances/avances_28_mayo.pdf>, consultado el 3 de junio, 2013.

Todos Somos Juárez, Avances al 11 de octubre, 2010, en <http://www.todossomosjuarez.gob.mx/estrategia/avances/avances_11_octubre_2010.pdf>, consultado el 3 de junio, 2013.

Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la ciudad, sin año, en <http://www.todossomosjuarez.gob.mx/Estrategia_Todos_Somos_Juarez.pdf>, consultado el 3 de junio 2013.

Todos Somos Juárez, sin año, en <http://www.todossomosjuarez.gob.mx/Estrategia_Todos_Somos_Juarez.pdf>, consultado el 12 de enero 2013.

Trans-Border Institute, 2010, "Drug violence in Mexico, Data and analysis from 2001-2009", en <http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/2010-Shirk-JMP-Drug_Violence.pdf>, consultado el 22 de abril de 2014.

Universidad de Puerto Rico, sin año, "Guías para redactar una hoja de consentimiento", *Decanato de Estudios Graduados e Investigación,*en <http://graduados.uprrp.edu/cipshi/consentimiento_informado.htm>, consultado el 4 de junio 2013.

UNODC, 2010, "The globalization of crime: a transnational organized crime threat assessment", en <http://www.UNODC.org/documents/data-and-analysis/tocta/TOCTA_Report_2010_low_res.pdf>, consultado el 21 de abril 2014.

UNODC, 2014a, "Estudio mundial sobre el homicidio 2013, resumen ejecutivo", en <http://www.UNODC.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf>, consultado el 21 de abril 2014.

UNODC, 2014b, "Global study on homicide 2013", en <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/GSH2013/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf>, consultado el 21 de abril 2014.

ENTREVISTAS

COPS 1, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

COPS 2, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

FOPS 1, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

FOPS 2, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

FSCH 1, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

FSCH 2, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

FSCH 3, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 1, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 2, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 3, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 4 [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 5, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 6, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 7, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 8, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 9, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

OSC 10, [entrevista], 2014, por Juan Vargas Sánchez, [trabajo de campo], Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos somos Juárez, 2010-2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

El Colegio de la Frontera Norte EVALUACIÓN DE LA TEORÍA DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA ESTRATEGIA TODOS SOMOS JUÁREZ, 2010-2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grupo: I II III Folio: _____

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación denominada *Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez, 2010-2012.*

Dado que estuvo presente en las mesas de trabajo de salud, la información que brinde será de inapreciable valor, ya que contribuirá a que esfuerzos como el de la Estrategia puedan ser replicados en otras ciudades donde existan problemas de violencia semejantes a los ocurridos en Ciudad Juárez en años recientes.

Esta investigación es realizada por Juan Vargas Sánchez, estudiante de la Maestría en Acción Pública y Desarrollo Social, en El Colegio de la Frontera Norte (El Colef).

El propósito de la investigación es evaluar la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez, entre los años 2010-2012; con la finalidad de determinar si la teoría del programa fue la indicada para generar acciones de salud que contribuyeran a la disminución de la violencia homicida atípica, registrada a partir del año 2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación debido a que otros participantes en las mesas de trabajo mencionaron que fue de las personas que más aportó a las discusiones y las acciones que se llevaron a cabo.

Se espera que en este estudio colaboren 20 personas en total como voluntarias.

Si acepta cooperar en esta investigación, se le solicitará que platique lo más ampliamente posible la experiencia que tuvo en las reuniones de trabajo de salud. Además, de ser posible, nos permita audiograbar la conversación, y si tiene a su disposición documentos que tengan relación con ese programa nos permita fotocopiarlos.

Participar en este estudio le tomará aproximadamente 45minutos de su tiempo.

La información que proporcione será manejada con toda discreción por el investigador y por la directora de tesis, Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela, asignada a este proyecto por parte de la coordinación de la maestría de El Colef.

Al concluir la investigación se realizará un resumen de los resultados los cuales le serán dados a conocer por medio del correo electrónico para que usted esté enterado del fruto de este esfuerzo conjunto.

Su identidad y la información que nos proporcione serán confidenciales en todo momento. Para asegurar esto, no se manejarán los nombres de ninguno de los participantes, ni las instituciones en las que desarrollan sus actividades, sino que serán identificados con números del 01 al 20.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su ayuda es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de contestar partes de la entrevista o a retirarse del estudio en cualquier momento. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta, o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con el Dr. Sergio Peña Medina, coordinador de la maestría, al teléfono +52 (656) 616 8578 Ext. 6417, en Ciudad Juárez, Chihuahua. O puede acudir directamente a la Dirección General Regional Noroeste de El Colef, ubicado en Av. Insurgentes, número 3708, del Fraccionamiento Los Nogales, en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. C.P. 32350

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento, y que ha recibido copia de este documento.

Nombre: _____Firma:_____

Lugar: _____

Fecha: _____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con quien arriba firma.

Nombre del investigador:_____

Firma: _____ Lugar: _____

Fecha: _____

Adaptado de: Guías para redactar una hoja de consentimiento. Universidad de Puerto Rico. Decanato de Estudios Graduados e Investigación, sin año, en <http://graduados.uprrp.edu/cipshi/consentimiento_informado.htm>, consultado el 10 de septiembre 2013.

Anexo 2. Guía de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA

Grupo: I II III Folio: _____

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación denominada *Evaluación de la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez, 2010-2012.* Cuyo propósito es evaluar la teoría del Programa de Salud de la Estrategia Todos Somos Juárez, entre los años 2010-2012; con la finalidad de determinar si ésta fue la indicada para generar acciones de salud que contribuyeran a la disminución de la violencia homicida atípica, registrada a partir del año 2012, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Ya que ha decidido participar en la presente investigación se le pide que conteste lo más ampliamente posible las siguientes preguntas.

I- Datos generales:

1. Nombre:_____
2. Edad:_____
3. Escolaridad:_____
4. Institución a la que pertenece:_____
5. Teléfono:_____
6. Correo electrónico:_____
7. Institución a la que pertenecía durante su participación en el Programa de Salud:_____

II- Descripción del Programa de Salud:

1. Objetivos del programa:

1.1. ¿Me podría describir en qué consistió el Programa de Salud?

1.2. ¿Podría describir en un diagrama de flujo la lógica de la planeación del programa?

1.3. ¿Cuáles fueron los objetivos?

1.4. ¿Cuáles criterios siguieron para definirlos?

1.5. ¿De qué manera el cumplimiento de los objetivos contribuiría a solucionar los problemas detectados en la población?

1.6. ¿Según su criterio, en qué medida se cumplieron los objetivos?

1.7. ¿Tiene usted registros de los objetivos o de su proceso de elaboración que pueda compartir conmigo?

1.8. ¿Quiénes los elaboraron?

2. Metas del programa:

2.1. ¿Cuáles fueron las metas del Programa de Salud?

2.2. ¿Cuáles criterios siguieron para definirlas?

2.3. ¿Cuáles aspectos consideraron para que fueran alcanzables?

2.4. ¿Cuáles fueron los recursos económicos con los que contaron para el cumplimiento de las metas?

2.5. ¿Podría describir el mecanismo de transparencia de recursos económicos que se siguió?

2.6. ¿Cuáles fueron los recursos humanos con los que contaron para alcanzar las metas?

2.7. ¿Cuáles fueron los recursos en infraestructura con los que contaron para alcanzar las metas?

2.8. ¿Qué tipo de entrenamiento o capacitación fue requerida para alcanzar las metas?

2.9. ¿Cuáles mecanismos se planearon para asegurar que se cumplieran las metas?

2.10. ¿Quiénes fueron los directamente responsables de procurar el cumplimiento de las metas?

2.11. ¿Según su criterio, en qué medida se cumplieron las metas?

2.12. ¿Tiene usted registros de las metas o de su proceso de elaboración que pueda compartir conmigo?

III- Plan del uso del servicio:

1. ¿Cuáles fueron los criterios para seleccionar la población a la que se dirigirían los servicios del programa?
2. ¿Cuáles fueron los criterios para considerar la exclusión de las personas del programa?
3. ¿Mediante qué medios se les comunicaría la existencia del programa y sus atributos?
4. ¿Mediante qué medios se les harían llegar los servicios del programa?

5. ¿Cuál era la secuencia planeada para la entrega del servicio?
6. ¿Cuáles obstáculos previeron que se tendrían para acercar el programa a la población?
7. ¿Cuáles obstáculos previeron que tendría la población para acercarse al programa?
8. ¿Cuáles fueron los criterios para considerar que una persona beneficiaria del servicio ya no lo necesitaría?
9. ¿Se consideró algún plan de contingencia para aquellas personas que siguieran requiriendo de ayuda una vez que el programa concluyera?

IV- Plan organizacional:

1. ¿Cómo estaba organizada la mesa del Programa de Salud?
2. ¿Quiénes desarrollaron funciones de liderazgo?
3. ¿De qué maneras se daban los procesos de asignación de funciones y tareas?
4. ¿Cuáles fueron los principales problemas que se generaron durante el proceso organizativo?

V- Plan de impacto:

1. ¿De qué maneras se consideró que las acciones planeadas impactarían en la disminución de la violencia en ciudad Juárez en la época en la que se diseñó el Programa de Salud?
2. ¿De qué maneras se consideró que las acciones planeadas auxiliarían a la reconstrucción de la ciudad?

VI- Pregunta opcional, ante la falta de objetivos, metas, plan de uso del servicio, plan organizacional y plan de impacto:

1- ¿Después de haber vivido la experiencia de participar en el Programa de Salud, que mejoras realizaría a la conceptualización, el diseño y planeación de éste?

IX- Registro analítico:

X- Registro logístico:

Anexo 3. Lista de códigos con definición

Lista de códigos con definición

Descripción del Programa salud	**No.**	**Definición**
DPS-DP Descripción programa	1.1	Detalles discursivos libres mediante los cuales la persona proporciona una idea general de las propiedades y/o partes del Programa de Salud.
DPS-LP Lógica planeación	1.2	Secuencia en la que se realizan las actividades del Programa de Salud.
DPS-O Objetivos	1.3	Propósitos o ideas generales del Programa de Salud que se pretenden alcanzar con cierto grado de certeza.
DPS-CDO Criterios definir objetivos	1.4	Consideraciones realizadas para definir los propósitos del Programa de Salud.
DPS-COSP Cumplimiento objetivos solución problemas	1.5	Juicios anticipados de que el cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud ayuda a solucionar los problemas detectados en la población.
DPS-CO Cumplieron objetivos	1.6	Opinión de la medida del cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-RO Registros de objetivos	1.7	Existencia de documentos probatorios de la elaboración de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-QEO Quiénes elaboraron objetivos	1.8	Personas, asociaciones o instituciones elaboradoras de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-MP Metas programa	2.1	Actividades que en conjunto permiten alcanzar los objetivos del Programa de Salud.
DPS-CDM Criterios definir metas	2.2	Consideraciones realizadas para definir las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-REM Recursos económicos metas	2.4	Dinero con el que se cuenta para alcanzar los objetivos del Programa de Salud.
DPS-MT Mecanismos transparencia	2.5	Acceso a las personas, organizaciones e instituciones de las maneras en las que se maneja el dinero asignado al Programa de Salud.
DPS-RHM Recursos humanos metas	2.6	Cantidad y disponibilidad de personal requerido para alcanzar las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-RIM	2.7	Cantidad y tipo de instalaciones y servicios requeridos para alcanzar las

Recursos infraestructura metas		metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-ECM Entrenamiento o capacitación metas	2.8	Tipos de habilidades y capacidades requeridos del personal para alcanzar las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-MCM Mecanismos cumplir metas	2.9	Concatenación de actividades seguidas para alcanzar las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-RCM Responsable cumplir metas	2.10	Personas, asociaciones o instituciones encargadas de cumplir las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-CM Cumplieron metas	2.11	Opinión de la medida del cumplimiento de las metas de los objetivos del Programa de Salud.
DPS-RM Registro de metas	2.12	Existencia de documentos probatorios de la elaboración de las metas de los objetivos del Programa de Salud.
Plan de uso del servicio	No.	Definición
PUS-CSP Criterios seleccionar población	3.1	Consideraciones realizadas para elegir a la población beneficiaria de los servicios del Programa de Salud.
PUS-CEPP Criterios exclusión personas programa	3.2	Consideraciones realizadas para descartar a determinada población de los servicios del Programa de Salud.
PUS-MCEP Medios comunicar existencia programa	3.3	Dispositivos mediante los cuales se comunica a la población la existencia de los servicios del Programa de Salud.
PUS-MLLPP Medios llevar programa población	3.4	Dispositivos para acercar los servicios del Programa de Salud a la población seleccionada.
PUS-SES Secuencia entrega servicio	3.5	Concatenación de pasos o etapas para hacer llevar los servicios del Programa de Salud a la población seleccionada.
PUS-PLLPP Problemas llevar programa población	3.6	Dificultades encontradas para llevar el Programa de Salud a la población seleccionada.
PUS: Obstáculos acercarse población programa	3.7	Trabas existentes previstas para que la población se acerque al Programa de Salud.
PUS-CPYNS Criterios persona ya no necesita servicio	3.8	Consideraciones realizadas para estimar que una persona ya no necesita los servicios del Programa de Salud.

PUS-PCS Plan contingencia de servicio	3.9	Anticipación de procedimientos para dar el servicio a la población que lo siga necesitando, una vez que el Programa de Salud concluya.
Plan organizacional	No.	Definición
PO-OMS Organización mesa salud	4.1	Maneras en las que se distribuyen las funciones y liderazgos en el Programa de Salud.
PO-FL Funciones liderazgo	4.2	Personas, organizaciones o instituciones quienes destacan por su capacidad de conducción en el Programa de Salud.
PO-PAFT Proceso asignación funciones-tareas	4.3	Maneras en las que se delegan las funciones y las tareas en el Programa de Salud.
PO-PPO Problemas proceso organizativo	4.4	Dificultades encontradas durante el transcurso organizativo del Programa de Salud.
Plan de impacto	No.	Definición
PI-IADV Impacto acciones disminución violencia	5.1	Juicios anticipados de que el cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud va a disminuir la violencia homicida atípica en Ciudad Juárez.
Mejoras a Programa de Salud	No.	Definición
MPS-PMS Mejoras programa salud	6.1	Optimización a la conceptualización, el diseño y la planificación del Programa de Salud.
No considerados	No.	Definición
NC- ETSJ Estrategia Todos Somos Juárez		

Anexo 4. Lista de códigos por número de pregunta

Lista de códigos por número de pregunta

Descripción del Programa salud	**Código**	**Número de pregunta**
DPS: Descripción programa	DPS-DP	1.1
DPS: Lógica planeación	DPS-LP	1.2
DPS: Objetivos	DPS-O	1.3
DPS: Criterios definir objetivos	DPS-CDO	1.4
DPS: Cumplimiento objetivos solución problemas	DPS-COSP	1.5
DPS: Cumplieron objetivos	DPS-CO	1.6
DPS: Registros de objetivos	DPS-RO	1.7
DPS: Quiénes elaboraron objetivos	DPS-QEO	1.8
DPS: Metas programa	DPS-MP	2.1
DPS: Criterios definir metas	DPS-CDM	2.2
DPS: Recursos económicos metas	DPS-REM	2.4
DPS: Mecanismos transparencia	DPS-MT	2.5
DPS: Recursos humanos metas	DPS-RHM	2.6
DPS: Recursos infraestructura metas	DPS-RIM	2.7
DPS: Entrenamiento o capacitación metas	DPS-ECM	2.8
DPS: Mecanismos cumplir metas	DPS-MCM	2.9
DPS: Responsable cumplir metas	DPS-RCM	2.10
DPS: Cumplieron metas	DPS-CM	2.11

DPS: Registro de metas	DPS-RM	2.12

Plan de uso del servicio	Código	Número de pregunta
PUS: Criterios seleccionar población	PUS-CSP	3.1
PUS: Criterios exclusión personas programa	PUS-CEPP	3.2
PUS: Medios comunicar existencia programa	PUS-MCEP	3.3
PUS: Medios llevar programa población	PUS-MLLPP	3.4
PUS: Secuencia entrega servicio	PUS-SES	3.5
PUS: Problemas llevar programa población	PUS-PLLPP	3.6
PUS: Obstáculos acercarse población programa	PUS-OAPP	3.7
PUS: Criterios persona ya no necesita servicio	PUS-CPYNS	3.8
PUS: Plan contingencia de servicio	PUS-PCS	3.9

Plan organizacional	**Código**	**Número de pregunta**
PO: Organización mesa salud	PO-OMS	4.1
PO: Funciones liderazgo	PO-FL	4.2
PO: Proceso asignación funciones	PO-PAF	4.3
PO: Problemas proceso organizativo	PO:PPO	4.4

Plan de impacto	**Código**	**Número de pregunta**
PI: Impacto acciones	PI:IADV	5.1

disminución violencia		
PI: Acciones reconstrucción ciudad	PI:ARC	5.2

Mejoras a Programa de Salud	**Código**	**Número de pregunta**
MPS: Mejoras programa salud	MPS	6.1

No considerados	**Código**	
NC: Estrategia Todos Somos Juárez	**NC- ETSJ**	
NC:		

Anexo 5. Datos de informantes

Código[19]	Sexo	Grado académico	Puesto que ocupa en la organización o institución
OSC 1	Femenino	Licenciatura	Responsable de área
OSC 2	Femenino	Maestría	Directora
OSC 3	Masculino	Licenciatura	Director
OSC 4	Femenino	Licenciatura	Directora
OSC 5	Femenino	Doctorado	Presidenta
OSC 6	Masculino	Preparatoria	Director
OSC 7	Masculino	Licenciatura	Presidente
OSC 8	Masculino	Licenciatura	Director
OSC 9	Femenino	Maestría	Directora
OSC 10	Femenino	Licenciatura	Presidenta
FSCH 1	Masculino	Licenciatura	Director
FSCH 2	Masculino	Licenciatura	Secretario personal de director
FSCH 3	Femenino	Maestría	Responsable de área
COPS 1	Masculino	Doctorado	Responsable de área
COPS 2	Masculino	Licenciatura	Responsable de área
FOPS 1	Femenino	Doctorado	Directora
FOPS 2	Masculino	Doctorado	Responsable de área

[19] Para identificar a los entrevistados se utiliza el siguiente código: Para representantes de la sociedad civil, sin cargo público, tales como líderes de OSC, de asociaciones de psicólogos y colegios de médicos: osc 1, 2, 3, n…; funcionarios de salud de Chihuahua: FSCH 1, 2, 3; consultores de la OPS: COPS 1, 2, y funcionarios de la OPS: FOPS, 1, 2.