

DE VÍCTIMA A SOBREVIVIENTE, CONTIGO EN EL PROCESO

Linda Laras
Directora,
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV)
Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud
Departamento de Salud, Puerto Rico

Descripción del Programa CAVV

Su origen se remonta a los años 70 cuando un grupo de mujeres reclaman por servicios que respondan a las necesidades de las víctimas de violación. Realizan un intenso cabildeo legislativo que resulta en la creación de una Resolución Conjunta del Senado (RCS) #2471, 30 de mayo de 1976, creando el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. Inicialmente localizado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, posteriormente en el Departamento de Salud.

Las encomiendas dadas por la RCS # 2471 son las siguientes:

- Servicios psicosociales y médicos inmediatos
- Servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación
- Recopilación de datos de utilidad para propuestas
- Análisis de la problemática para reforma legal
- Establecimiento de Campañas de Seguridad
- Educar para modificar actitudes de la población ante las víctimas
- Colaborar con la Comisión para los Asuntos de la Mujer

Como en otros esfuerzos, el presupuesto asignado fue escaso frente a tales encomiendas. De aquel entonces, \$75,000 a \$500,000 en los 94 a lo que ahora, siete años después y cuatro oficinas más, es cerca de \$1,500,000. Presupuesto generado con base en propuestas y aún insuficiente.

Localización del Programa

La Oficina Central está localizada en el área metropolitana de San Juan. Las otras están en Caguas, Arecibo, Mayaguez y Ponce. Estas son las ciudades más grandes y de mayor población, cubriendo el norte, sur, oeste y central. La Oficina de Fajardo está en proceso y cubrirá la zona Este e Islas Hermanas. Todas las oficinas tienen facilidades o arreglos especiales para estacionamientos, a los que pueden accederse a través del transporte público. Son espacios privados, confidenciales y seguros.

En la Oficina Central tenemos Biblioteca Especializada en Violencia de uso por estudiantes para procesos de investigación y por profesionales para preparación de casos de intervención o de tribunal. Además tenemos un salón de conferencia para los adiestramientos de profesionales del CAVV y otras agencias, discusiones de caso y reuniones interdisciplinarias e interagenciales.

Organización del Programa CAVV

El CAVV está organizado en Unidades de Trabajo y en Oficinas de Servicios, cada una con sus respectivas Coordinadoras. Las profesionales y los profesionales están distribuidos entre puestos y contratos con diversidad de horas. El horario de servicio es básicamente horario laborable de 8AM - 4:30PM, incluyendo la hora de almuerzo. Las excepciones a este horario son: servicios psicosociales preacordados, línea de ayuda de 24 horas, actividades educativas preacordada, reuniones con organizaciones no gubernamentales, y situaciones en proceso hasta que finalice.

Experiencias relevantes

Nuestras experiencias más relevantes y que han marcado nuestro camino han sido los siguientes:

- Apertura del servicio encontrándonos con una diversidad de necesidades complejas no previstas. Al abrir sus puertas se dieron cuenta que la magnitud del problema era mayor de lo que esperaban. Las agresiones sexuales ocurrían con más frecuencia de lo que se sabía, afectando a otras personas que también necesitaban de servicios especiales y atemperados a sus necesidades como niñas, niños, adolescentes y hombres. Aunque la violación se entendía como el más grave de los delitos, se encontraron con otros delitos con un impacto tan devastador como la violación, como son el incesto, la sodomía y otros. Ante esto, abrió sus puertas a toda víctima de cualquier tipo de agresión sexual.
- Pertener a una Agencia Gubernamental con los cambios en Política Pública, prioridad presupuestaria pero con un continuo reconocimiento de que el impacto de las agresiones sexuales sobre la persona, comunidad y población es de tal magnitud que amerita el uso de fondos públicos. La presencia en el Departamento de Salud ha vuelto viable una estrategia integrada de servicios en la que todas las otras agencias y programas comunitarios envueltos encuentran una meta única, el bienestar de la persona, comunidad y población.
- La apertura gradual de las otras Oficinas en la Isla desde 1996 nos ha hecho ver que todavía hay más complejidad y diversidad de necesidades por región en la Isla. Esto nos lleva a un continuo análisis de como llevar a cabo los servicios y de las necesidades de cambio de Política Pública de nuestra Agencias y de las Otras. Cada Oficina tiene su Coordinadora que supervisa los trabajos, facilitando los mismos e interviniendo cuando haga falta. Cada Oficina tiene una reunión mensual administrativa y de discusión de caso. Además las diferentes disciplinas participan de la reunión mensual de Unidad correspondiente en la Oficina Central.
- Las experiencias de trabajo nos llevaron a lo que tantas investigaciones evidencian. La intervención efectiva y eficiente debe ser con un enfoque interdisciplinario e interagencial/comunitario. Desde la selección de necesidades hasta los acuerdos llegados tienen que reflejar una intervención cuya meta es el bienestar de la persona.
- Al pasar el tiempo se ha podido tener profesionales con estudios y preparación en el área de violencia sin perder de perspectiva lo vital de los servicios y experiencia de los grupos de base comunitaria. Definitivamente la violencia tiene cada día más fuentes de información investigativa que nos evidencia la complejidad y la necesidad de la individualización que deben tener los servicios. Nos consideramos un centro especializado en trabajo Interdisciplinario e Interagencial/comunitario.
- Las presentaciones frecuentes en la Legislatura son facilitadas al pertenecer a una agencia gubernamental, presentando opiniones con fuerza de política pública. Desde 1994, el CAVV ha presentado más de 40 ponencias legislativas anteproyectos de ley relacionadas a temas que afectan a las personas que son agredidas sexualmente. Todas ellas incluyeron alguna de las recomendaciones dadas.

- Al principio todas las personas hacían de todo. Se crearon las unidades de trabajo: Administrativa, Servicios Clínicos, Trabajo Social, Educación, Estadísticas, Línea de Ayuda, Voluntarios, InterAgencial. Cada Unidad tiene a su Coordinadora que supervisa los trabajos, facilitando los mismos e interviniendo cuando haga falta. Las Unidades tienen reuniones mensuales para anuncios, discusión de procedimientos y casos. A su vez las Coordinadoras tienen reunión semanal con la Directora y Subdirectora para anuncios, discusión de procedimientos y casos. Semanalmente hay una reunión interdisciplinaria de todas las unidades en la que se discuten casos. Una vez al mes se realiza una actividad para el manejo de traumas.
- La Unidad InterAgencial fue de las últimas en crearse. Su propósito fue formalizar los trabajos del Equipo Interagencial CAVV que llevaba varios años funcionando exitosamente. Esta Unidad recibe toda preocupación de servicios de las Agencias y Programas Comunitarios que dificultan los procesos, revictimizan o son contrarios al bienestar de la persona agredida. Reúne a personas representantes de las Agencias / Programas Comunitarios cada 3 meses, provee un adiestramiento para la uniformidad de servicios y un foro para discutir las preocupaciones, aportar alternativas y acordar recomendaciones de forma interdisciplinaria e interagencial.
- La participación del CAVV en la Coalición Comunitaria Coordinadora Paz para la Mujer y de ésta en las reuniones del equipo InterAgencial CAVV han completado las perspectivas necesarias para encaminar la Política Pública hacia las necesidades de las personas agredidas y provee un mecanismo para monitorear las mismas.
- La Línea de Ayuda se incorporó hace dos años a la Línea InterActiva del Departamento de Salud logrando ser la prioridad en la misma. Esta Línea InterActiva nos provee un acceso libre de costo y un menú educativo sobre diversos temas como que una agresión sexual, qué hacer y dónde acceder ayuda.
- Buscar y lograr Propuestas es parte de nuestro quehacer diario. Las más grandes fuera del Departamento de Salud han sido: FORRAS (Fortalecimiento de Servicios de Salud a Sobrevivientes de Agresión Sexual y Violencia Doméstica), que fortalece el monitoreo de los servicios en hospitales a víctimas, da servicios a las islas hermanas y refuerza los servicios de las Unidades; PIC (Proyecto Interdisciplinario Coordinado: De Víctima A Sobreviviente) que permite la contratación de profesionales para las oficinas Isla; INTERSERV (*InterAgency Services in Cases of Sexual Assault and Domestic Violence*), que permite el monitoreo de servicios a víctimas en hospitales y cernimiento de necesidades educativas de los profesionales de la salud); y la Línea de Ayuda a Sobrevivientes de Agresión Sexual, que provee servicios fuera de horas laborales a víctimas.
- El poder incluir dentro de la Reforma de Salud, los servicios a sobrevivientes de agresión sexual, incluyendo los servicios a tribunales. Esto le dio fuerza y respaldo al hecho de considerar la violencia sexual como un problema de Salud Pública.

Dificultades

Aún queda mucho por hacer. Algunas de nuestras dificultades son semejantes a las de otros programas parecidos. La principal es no contar con los recursos suficientes con la necesidad de la población a la que se sirve. Parece que mientras más servicios damos, más hace falta. Entendemos que esto responde a que todavía no nos estamos acercando a la cantidad real de víctimas. Esto nos obliga a buscar continuamente posibles propuestas, lo que obliga a cambiar y atemperarnos a dichas propuestas y más informes. Las propuestas deberían ser *una* ayuda y no *la* ayuda.

Junto a la escasez de recursos fiscales está la escasez de recursos humanos con conocimiento, destreza y compromiso. Trabajar con el tema de violencia como problema de salud drena mucho

al personal que ya ha costado adiestrar. El programa tiene que ser competitivo ya que exige mucho. La mayor parte de nuestro personal es por contrato, no tiene un horario completo, no tiene seguridad ni beneficios.

Pertenecer a una agencia gubernamental puede ser un impedimento a los trabajos excepto cuando el jefe de la agencia visualiza a la violencia como problema de salud. En nuestro caso es más ventaja que desventaja por muchas razones, pero la burocracia gubernamental nos dificulta el manejo de los presupuestos.

Es importante evidenciar estadísticamente la diversidad de servicios. Ha sido y es difícil documentar lo complejo del servicio y la variedad y cantidad de servicios que recibe un sólo cliente, por estar envueltas varias Agencias con diferentes objetivos. Llevamos desde el 2000 tratando de diseñar un sistema único, de uso interagencial.

Ha sido arduo y lento el proceso de atemperar las intervenciones a la visión interagencial e interdisciplinaria. Aún con nuestro Equipo InterAgencial nos queda mucho por hacer. Es tiempo de que las escuelas de profesionales enseñen esto y busquen la áreas de práctica que lo vuelvan viable. Primero por disciplina, luego interdisciplinaria e interagencialmente. Cuando se fragmenta la intervención, se perpetua la violencia.

Otro aspecto con el Equipo InterAgencial es que la participación variada y no consistente por las mismas personas en las reuniones InterAgenciales afecta negativamente el proceso de agilización de servicios.

Logros

Entre los logros más significativos tenemos los siguientes:

- Protocolos de Intervención con Sobrevivientes de Agresión Sexual 1984
 - Última revisión distribuida desde 1997: 124
 - Cada agencia a la que se distribuye se encarga de copiar y distribuir a sus correspondientes divisiones
- Protocolos de Intervención con Sobrevivientes de Violencia Doméstica 1998
 - Distribuidos desde 1999: 64
 - Cada agencia a que se distribuye se encarga de copiar y distribuir a sus correspondientes divisiones
- Presentaciones a la Legislatura: 49
- Campaña educativa en medios de comunicación: cine, TV, radio, periódico, afiches, suplementos
 - Se utilizaron más de \$450,000
- Se produjeron 2 videos sobre intervención con sobrevivientes de violencia sexual y doméstica para profesionales de la salud con un costo de \$55,000 que incluyeron una periodista reconocida en Puerto Rico.
- Se realizaron varios foros educativos de especial interés relacionados a los medios de comunicación:
 - Confidencialidad de las víctimas en los medios

- Derechos de las víctimas ante los medios de comunicación y como manejarlo
- Impacto de los anuncios publicitarios
- Hostigamiento sexual: realidad actual
- Participación en la *National Coalition Against Sexual Assault*, con capacidad de referir y recibir clientela entre programas en caso de cambios de dirección
- Adiestramientos InterAgenciales sobre Protocolos:
 - 1998 / 2 actas / 97 participantes
 - 1999 / 1 actas / 79 participantes
 - 2000 / 5 actas / 175 participantes
 - 2001 / 1 actas / 25 participantes
- Seminario Interagencial Interdisciplinario: en 1996 presentamos un seminario para trabajadores sociales, psicólogos, médicos, policías, fiscales, jueces, asistentes a víctimas, albergues, ciencias forenses y otros. Los temas cubrían lo que se debe saber de la propia disciplina y cómo las disciplinas pueden afectar y ayudar los trabajos entre sí. Fue un gran éxito. Estaremos dando otro en noviembre de 2001.

Encomiendas / Resultados 1999

¿Cuánto de las encomiendas logramos, y continuamos trabajando? Las encomiendas dadas por la RCS #2471 están contempladas en las tareas de las Unidades de Trabajo, algunas se evidencian en las estadísticas y otras en nuestros logros.

1. Se recibieron 2,316 llamadas a través de la Línea de Ayuda de 24 horas
2. La Unidad de Trabajo Social y Servicio Clínico realizaron 199 intervenciones en crisis
3. 3,161 sesiones terapéuticas fueron ofrecidas por la Unidad de Servicio Clínico
4. También se ofrecieron 221 sesiones de terapia grupal
5. Se llevaron a cabo 3,629 coordinaciones interagenciales
6. La Unidad de Trabajo Social acompañó a 233 clientes
7. A través de la Línea de Ayuda se realizaron 1,343 orientaciones.
8. Las actividades educativas impactaron a 10,373 personas de la comunidad
9. Se dio educación a 4,225 estudiantes de escuela elemental, intermedia y superior
10. De los 15 hospitales de los que se obtuvieron estadísticas, sólo reportaron 55 meses de los 180 que debían reportar. De estos, informaron 459 víctimas atendidas dentro de los 7 días de emergencia. De reportar con igual tendencia los restantes 125 meses, habría un estimado de 1,043 víctimas dentro de los 7 días de la agresión atendidas en salas de emergencia.
11. En este año se atendieron 318 casos nuevos: 205 mujeres menores de 12 años; 77 mujeres mayores de 12 años y 36 varones.

Reuniones Interagenciales

Es importante comentar que el Equipo Interagencial no empezó con los participantes de hoy, sino que fue creciendo poco a poco. En la medida que las y los integrantes entendían que se debía incorporar a una agencia, así se hizo. En 1995 participaron 4 agencias, en 1996 participaron 10 agencias, en 1997 participaron 13 agencias, en 1998 participaron 13 agencias, en 1999 participaron 14 agencias, en 2000 participaron 15 agencias y en 2001 hasta ahora han participado 15 agencias. Entre las Agencias están: Hospitales, Policías Delitos Sexuales, Fiscales, Asistentes a Víctimas, representante Programas de la Comunidad, departamento de la Familia, Emergencias Sociales, departamento de Salud Mental, Aseguradoras, Tribunales, Programas Departamentales de Salud, Instituto de Ciencias Forenses, Departamento de Educación, Asesores de Legislatura, Asesores de la Rama Ejecutiva.

Hicimos una evaluación sobre algunos aspectos del equipo interagencial encontrando lo siguiente entre los 30 que contestaron el cuestionario:

1. De los participantes, 66% eran mujeres.
2. La edad de mayor presentación era entre los 41 y 50 años para un 33%.
3. La mayor parte de las personas estaba en el área administrativa más que en la de servicio directo, 60 vs 40%.
4. El promedio de las personas llevaba 14 años en su agencia de la cual 12 de esos era trabajando con víctimas.
5. La mayoría de las personas participaba en dar educación para su agencia, siendo la educación a la comunidad el mayor para 73%, luego profesionales para 56% y a las agencias para 53%.
6. La mayor parte de las personas había asistido al 29% de las reuniones.
7. El 96% de las personas entienden que el equipo InterAgencial debe continuar
8. El Equipo tiene más fortalezas que debilidades, 93% vs 33%
9. El 90% de las personas reportan que el equipo le ha ayudado, mientras el 83% dice haber usado de sus servicios.

Monitoreo para el uso de Protocolos

En muchos sitios sólo se conocen los casos nuevos de víctimas de agresión sexual por estimados. El FBI nos informa que al presente se estima que entre el 10 y 30% de los casos son reportados. En Puerto Rico, aunque conocemos más que antes, la verdadera magnitud del problema es desconocida. Se realizó un estudio en 1994 en la que se encontraron 800 sobrevivientes en hospitales y 1600 en delitos sexuales de la policía. Esto evidencia que los números varían entre las agencias según la meta individual. No existe un sistema en el que la meta sea compartida y a la que se dirijan.

El Departamento de Salud tiene dos mecanismos uniformes para conocer el impacto sobre las víctimas que llegan a Hospital, aquellas cuya agresión ocurrió dentro de los 7 días. Estos son los Protocolos de Intervención con Sobrevivientes de Agresión Sexual (1984) y Violencia Doméstica (1998) que son requeridos en todo hospital para tener licencia. Estos Protocolos fueron elaborados InterAgencialmente para que de esta forma se atendiera la necesidad de la persona agredida y de la agencia que interviene.

Aún con estas directrices, las personas que participan en el Equipo InterAgencial CAVV nos señalan que el servicio es lento, difícil, incompleto e incluso revictimizante. Esto no sólo impactará

negativamente la salud de las personas sobrevivientes sino que dificulta el que reciban las ayudas necesarias e influye para que no accedan a servicios de ayuda. Cerca de 50% de las personas que acuden a nuestro Programa no han sido evaluadas médicamente. Definitivamente habría que conocer y supervisar de cerca los servicios hospitalarios más allá de cuántos casos se presentan.

No teníamos los recursos fiscales ni humanos para llevar a cabo un monitoreo de servicios en los 66 Hospitales de Puerto Rico. Elaboramos un procedimiento y conseguimos fondos a través de una Propuesta a la Comisión para los Asuntos de la Mujer, Oficina del Gobernador en 1999. Este procedimiento consta de 3 áreas, siendo las más importantes:

- Visitas con inspección de las áreas de examen:
 - En 1999 pudimos visitar 40% de los Hospitales (27/66)
- Realizar un cernimiento sobre los conocimientos que tienen los profesionales de la salud respecto a los protocolos:
 - Se recibieron 281 cuestionarios contestados sobre los protocolos Violencia Sexual / Doméstica (VSD) de los hospitales visitados
- Revisar la documentación de expedientes y señalar las discrepancias con los Protocolos:
 - 104 fueron revisados
 -

Hallazgos de 27 hospitales

Se evaluaron cuatro criterios que entendíamos son cruciales para un servicio efectivo y eficiente: 88% tiene un área física de examen adecuada (privada, confidencial, segura) y 74% tiene disponible los equipos de evidencia forense mientras que el protocolo está disponible en 66% de los Hospitales. El registro estadístico de casos existe en 11% de los Hospitales.

Profesionales con conocimiento de los Protocolos (VSD)

El 3% de las y los Profesionales de la Salud (PS) sabía, en casos de violencia, en que momento se da el tratamiento para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual, a quien le corresponde examinar una persona adulta y a una persona menor.

El 6% de las y los PS sabía, en casos de violencia, qué pruebas se realizan y deben ir al laboratorio, cuándo corresponde hacer el examen a una víctima que llega después de los 7 días de la agresión y cuáles son los diagnósticos que se utilizan en estos casos.

El 8% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuándo se debe atender un menor.

El 20% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cual es el tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y qué muestras están incluidas en el equipo de colección de evidencia forense.

El 26% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuál es el rol profesional en estos casos, dónde referir un caso de sospecha de abuso sexual de menores, cuáles son las partes del examen físico en casos de violencia sexual, y qué exámenes laboratorios deben repetírsele a una víctima a las 2 semanas de haberla evaluado.

El 41% de las y los PS sabía, en casos de violencia sexual, qué pruebas se le repiten a las 12 semanas de una evaluación que ocurre dentro de los 7 días.

El 52% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuáles son las partes del examen forense en casos de VSD, y que no se puede requerir una querrela a la Policía para recibir servicios.

El 55% de las y los PS sabía, en casos de violencia, que existe la necesidad de un consentimiento escrito para intervenir, y cuales son los indicadores físicos de violencia doméstica.

El 60% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuando utilizar el equipo de colección de evidencia forense.

El 68% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuales son posibles indicadores emocionales de VSD.

El 80% de las y los PS sabía, en casos de violencia, cuando se examina un caso de VS que accede a los servicios antes de cumplirse siete días de la agresión.

El 93% de las y los PS, en casos de violencia, entendía que existe necesidad de referir los casos a la Trabajadora Social del Hospital, y cuando y donde dar seguimiento al estado emocional de una persona sobreviviente.

El 95% de las y los PS sabía, en casos de violencia, que existe una ley que obliga a reportar casos en que se sospecha un abuso de menores.

Hallazgos de expediente de 27 hospitales

La intervención es diferente al protocolo en varias áreas: historial (de salud, social, familiar, su capacidad) y en la evaluación física (general, específica); 88% tenía **algún tipo** de documentación forense (Qué pasó, Cuándo, Dónde, Quiénes, Cómo); 51% de las personas sobrevivientes no fueron referidas al CAVV como establece el Protocolo.

Los diagnósticos utilizados no son acordes con una evaluación forense: "no hay violación", "virgen", "intacto", entre otros.

Conclusiones del monitoreo

Verdaderamente desconocemos la magnitud pero sobretodo desconocemos como intervenir. El 89% no tienen un Registro Estadístico por lo tanto los que se tratan tampoco son conocidos. Los factores institucionales que dificultan las labores son el que 1/5 - 1/4 de los Hospitales no tienen los equipos de colección de evidencia forense ni los protocolos disponibles para lectura o consulta de los PS. El conocimiento promedio sobre los protocolos es de 42%. Los Expedientes tienen escasa documentación consistente con el protocolo, lo cual dificulta la ayuda a la persona, el seguimiento y los procesos Interagenciales.

Recomendaciones

El monitoreo debe ser continuo. Las escuelas profesionales tienen que evaluar la currícula correspondiente y las organizaciones tienen que incluir a la violencia en la educación continua de sus integrantes. La asignación presupuestaria debe responder a las necesidades y las agencias y programas comunitarios tienen que unir esfuerzos hacia un objetivo desde diferentes perspectivas, el bienestar integral de la persona.

Violencia

*Si no aceptamos que existe
Si no sabemos detectarla
No la hallaremos ...
Y seremos parte del problema*

Suzanne Sgroi