

La salud y la trata de personas en la Subregión del Gran Mekong

Resultados de un estudio sobre hombres, mujeres y menores en Tailandia, Camboya y Vietnam



La salud y la trata de personas en la Subregión del Gran Mekong

Resultados de un estudio sobre hombres, mujeres y menores en Tailandia, Camboya y Vietnam



Estudio sobre la trata, la explotación y el abuso en la Subregión del Gran Mekong (STEAM)

Autores del informe

Cathy Zimmerman, Ligia Kiss, Nicola Pocock, Varaporn Naisanguansri, Sous Soksreymom, Nisakorn Pongrunsee, Kittiphan Sirisup, Doan Thuy, Van Anh Nguyen, Brett Dickson, Poonam Dhavan, Sujit Rathood y Rosilyne Borland.

Responsables de la implementación del proyecto de investigación

London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Financiación

Esta investigación ha sido cofinanciada por la Fundación Anesvad y el Fondo de Desarrollo de la OIM.

Equipo de investigación STEAM

London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

Cathy Zimmerman

Ligia Kiss

Nicola Pocock

With additional support from Sujit Rathood, Heidi Stoeckl and MaryKate O'Malley

Comité editorial

Olatz Landa, Indira Villegas and Catalina Echevarri (Fundación Anesvad), Ligia Kiss and Cathy Zimmerman (LSHTM), Varaporn Naisanguansri, Rosilyne Borland and Poonam Dhavan (IOM)

Catalina Echevarri (Fundación Anesvad), edición versión español

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Manila Administrative Centre – Migration Health Division (MAC–MHD)

Poonam Dhavan

OIM Tailandia

Varaporn Naisanguansri, *Auxiliar Superior de Proyectos*

Nisakorn Pongrunsee, *Asistente de Investigación*

Kittiphan Sirisup, *Asistente de Investigación*

OIM Camboya

Brett Dickson, *Jefe de Proyecto*

Suos Soksreymom, *Coordinadora de la Investigación*

Keo Korindeth, *Entrevistador y Entrada de Datos*

Hun Leang Ay, *Entrevistadora y Entrada de Datos*

OIM Vietnam

Jobst Koehler, *Director del Programa y la Unidad de Implementación y Desarrollo del Proyecto*

Doan Thuy Dung, *Coordinador de Proyectos*

Ha Hue Chi, *Coordinador de la Investigación*

Van Anh Nguyen, *Asistente de Investigación*

Nguyen Quang Ninh (CHD), *Entrada de Datos*

OIM Regional

Rosilyne Borland

Agradecimientos

Los principales protagonistas de esta investigación han sido los participantes en el estudio: las personas supervivientes a la trata de personas. Estos participantes han compartido generosamente su tiempo y sus historias, que a menudo incluían descripciones del dolor, el miedo y la profunda decepción. Con este trabajo esperamos que sus declaraciones sean escuchadas por políticos y proveedores de servicios, para evitar que tantas personas tengan que sufrir extremas formas de explotación, y para que los que lo hagan, reciban la ayuda que necesiten y se merecen.

Es importante destacar que esta investigación ha sido posible gracias a los proveedores de servicios y su personal de cada uno de los países participantes, que se tomaron su tiempo para asegurar que los participantes del estudio fueran tratados con respeto y amabilidad, y que se cumplieran sus necesidades de servicio.

Los proveedores de servicios de **Camboya** proporcionaron el personal que se detalla a continuación para llevar a cabo las entrevistas:

- Oficina de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en Phnom Penh: Sra. Sous Soksreymom, Sr. Keo Korindeth y Sra. Hun Leang Ay
- Cambodian Committee for Protection of Child Rights (CCPCR): Ms Ny Channary
- Health Care Centre for Children (HCC) in Koh Khong Province: Mr Sak Somnang
- Health Care Centre for Children (HCC) Good Day Centre (GDC) in Kandal Province: Ms Suon Mlis
- Acting for Women in Distressing Situations (AFESIP Cambodia): Dr Ma Ly
- Kokkyo Naki Kodomotachi (KNK): Ms Kheav Sokhoeun
- Poi Pet Transit Centre (PTC): Ms Chhea Manith

Los proveedores de servicios de **Tailandia** proporcionaron el personal que se detalla a continuación para llevar a cabo las entrevistas:

- Department of Social Development and Welfare, Ministry of Social Development and Human Security: Ms Saowanee Khomepatr
- Kredtrakarn Protection and Occupational Development Centre: Ms Somjit Tantivanichanon, Ms Porntip Nontawong and Ms Nussara Konsai
- Patumthani Protection and Occupational Development Centre for Men: Mr Suwan Prompol, Mr Punnaphot Khamenketkarn and Ms Tawan Ngao-sri
- Sri Surat Protection and Occupational Development Centre: Ms Somluck Khanom and Ms Suppamon Chotisut
- Pakkred Reception Home for Boys: Mr Somdech Surawat and Ms Kanoknop Kerdwattana

Los proveedores de servicios de **Vietnam** proporcionaron el personal que se detalla a continuación para llevar a cabo las entrevistas:

- Can Tho Support Centre for Women and Children in Difficult Circumstances
- Social Assistance Centre of Lang Son Province
- Social Protection Centre of Lao Cai Province
- Centre for Women and Development
- Vocational Training Centre, Women's Union of Quang Ninh Province

Asesores técnicos (London School of Hygiene and Tropical Medicine): Sujit Rathod, Heidi Stoekl y Mazedra Hossain.

© 2014 London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

© 2014 Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

© 2014 Fundación Anesvad

Citación:

Zimmerman C, Kiss L, Pocock N, Naisanguansri V, Suos S, Pongrungsee N, Sirisup K, Doan D, Dickson B, Dhavan P, Rathod S y Borland R. 2014. *La salud y la trata de personas en el Mekong. Resultados de un estudio sobre hombres, mujeres y menores en Tailandia, Camboya y Vietnam*. Organización Internacional para las Migraciones y la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Las opiniones expresadas en este informe pertenecen a los autores, y no necesariamente representan la política oficial de las organizaciones involucradas en este estudio.

Este estudio ha sido financiado por la Fundación Anesvad y el Fondo de Desarrollo de la OIM.

Nota:

El masculino ha sido utilizado en genérico para referirse a hombres y mujeres tal y como indica la Real Academia de la Lengua Española (RAE). Aunque en muchas ocasiones los datos analizados se presentan especificando las diferencias por sexo, somos conscientes de que la utilización del genérico masculino puede contribuir a ocultar y a generar falsos estereotipos sobre la realidad de las experiencias de hombres y mujeres.

Contenidos

Agradecimientos	5
Contenidos	7
Tablas y figuras	9
Resumen ejecutivo	13
Antecedentes del estudio	13
Metodología	14
Resumen de las conclusiones y los resultados del estudio	15
Fase previa a la salida	16
Etapa de explotación	16
Etapa posterior a la trata	19
Segunda fase de entrevistas	21
Resumen de las recomendaciones generales	22
Introducción	25
Antecedentes	27
Objetivos del estudio	29
Finalidad	29
Objetivos	29
Métodos de Estudio	31
Diseño del estudio	31
Muestra	31
Cuestionario	33
Recolección y análisis de datos	34
Ética	34
Resumen de los servicios post-trata y referencias en Camboya, Tailandia y Vietnam	35
Procesos de referencias	35
Características de los participantes	37
Mujeres, hombres y menores	37
Edad y género	39
País de origen	39
Educación	41
Ocupación previa a la migración	42
Estado civil	42
Participantes con descendencia	43
Remisión a los servicios	43
Etapa de reclutamiento	45
Información sobre la trata	45
Razones para abandonar el hogar	45
Reclutamiento	45
Violencia previa a la migración	47
Violencia física antes de la partida	48
Violencia sexual previa a la trata	48

Etapa de explotación	49
País de explotación	49
Sector de explotación	50
Sector de explotación: niños y adolescentes	52
Participantes que no llegaron a su destino	52
Expectativas en el lugar de destino	53
Violencia física y/o sexual mientras eran objeto de trata	54
Abuso sexual	56
Autores	57
Frecuencia de los abusos	57
Amenazas	57
Días y horas de trabajo	58
Libertad restringida	60
Consumo forzado de drogas	62
Consumo de alcohol	62
Exposiciones laborales peligrosas durante la situación de trata	63
Equipo de protección individual	64
Uso del condón entre las mujeres objeto de trata para el trabajo sexual	66
Lesiones relacionadas con el trabajo	66
Periodo de tiempo en situación de trata	67
Condiciones de vida y trabajo de las personas objeto de trata	68
Finanzas de la trata	70
Documentos de viaje y de identidad	70
Acceso a la atención médica mientras eran objeto de trata	70
Atención médica recibida mientras se encontraban en situación de trata	71
Embarazo e interrupción del embarazo durante la trata	72
Salir de la situación de trata	72
Historia de la detención	73
Etapa posterior a la trata	75
Síntomas de salud física	75
Embarazo	76
Salud mental: depresión, ansiedad y estrés pos traumático	77
Respuestas proporcionadas a los elementos de escala psicometría	79
Depresión y pensamientos suicidas	80
Trastorno por estrés pos traumático	81
Ansiedad	82
Preocupaciones posteriores a la trata	83
Miedo al traficante	84
Tratamiento por parte de la familia y la comunidad	84
Planes de vida al regresar a casa	85
Revelaciones a terceros	85

Esperanzas de futuro.....	86
Experiencia de la entrevista	87
Segunda entrevista	87
Síntomas de salud física	88
Síntomas de salud mental: comparación entre la primera y segunda fase de entrevistas	88
Preocupaciones posteriores a la trata: cambios del M1 al M2	90
Diálogo: Repercusiones de las conclusiones para la práctica y la política	91
Recomendaciones	107
Referencias	123

Tablas y Figuras

Tabla 1: Resumen de los servicios participantes en Camboya, Tailandia y Vietnam.....	32
Tabla 2: Sexo de los participantes	37
Tabla 3: Edad de los participantes	37
Tabla 4: Sexo de los participantes (n=1.102) por grupo de edad (adultos y menores).....	37
Tabla 5: Sexo de los participantes (n=1.102) por grupo de edad	38
Tabla 6: Características de los participantes por país de acceso a los servicios	38
Tabla 7: Participantes por país de origen	40
Tabla 8: Nivel de educación de los participantes adultos y menores	41
Tabla 9: Estado civil de los participantes mayores de 15 años antes de salir de casa.....	42
Tabla 10: Participantes por tipo de organización/agencia que los derivó	43
Tabla 11: Conocimiento del término “trata” antes de ser objeto de trata	45
Tabla 12: Personas que los participantes señalaron como responsables de su más reciente situación de trata, en función de género	46
Tabla 13: Violencia física o sexual previa al abandono del hogar	47
Tabla 14: Prevalencia de la violencia sexual previa al abandono del hogar, por grupo de edad (adultos y menores)	48
Tabla 15: Países de destino donde los participantes fueron explotados	49
Tabla 16: Participantes que llegaron a su destino y hablaron de explotación en diferentes sectores (n=1.015), en función de sexo	50
Tabla 17: Participantes que informaron sobre la explotación en diferentes sectores: China y Tailandia	51
Tabla 18: Participantes que informaron sobre la explotación en diferentes sectores, por grupo de edad	52
Tabla 19: Exactitud de la información proporcionada a los participantes antes de empezar a trabajar	53

Tabla 20: Violencia padecida por las personas objeto de trata que llegaron a su destino (n=1.015)	54
Tabla 21: Experiencias de violencia de hombres, mujeres y menores que llegaron a su destino (n=1.015)	55
Tabla 22: Participantes que llegaron a su destino y fueron objeto de actos concretos de violencia (n=1.015)	55
Tabla 23: Número medio de horas trabajadas al día, por sector o tipo de explotación.....	59
Tabla 24: Participantes que respondieron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres de hacer o ir a donde quisieran mientras estaban en situación de trata, por sector o tipo de explotación	61
Tabla 25: Frecuencia del consumo de alcohol mientras se encontraban en situación de trata (n=1.015).....	63
Tabla 26: Riesgos de salud laboral durante la situación de trata.....	63
Tabla 27: Equipo de protección individual para el trabajo	64
Tabla 28: Frecuencia del uso del condón entre las participantes sexualmente explotadas	66
Tabla 29: Número de veces que los participantes resultaron gravemente heridos como resultado del trabajo o accidentes de trabajo.....	67
Tabla 30: Tiempo transcurrido en situación de trata, por sector	68
Tabla 31: Condiciones de vida y trabajo	69
Tabla 32: Medios para salir de la situación de trata	73
Tabla 33: Detenciones en los principales países de destino (n=257)	73
Tabla 34: Síntomas de salud física descritos por los participantes (n=1.102)	75
Tabla 35: Violencia entre mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49) que estaban embarazadas en el momento de la entrevista	76
Tabla 36: Prevalencia de la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés pos traumático entre los participantes (n=1.102)	77
Tabla 37: Prevalencia de los resultados de salud mental entre los participantes, por grupo de edad (n=1.102)	77
Tabla 38: Prevalencia de los síntomas asociados con los trastornos por ansiedad, depresión y estrés pos traumático entre hombres (n=465) y mujeres (n=637).....	78
Tabla 39: Prevalencia de los síntomas asociados con los trastornos por ansiedad, depresión y estrés pos traumático, por edad	78
Tabla 40: Prevalencia de los síntomas por trastornos de salud mental entre los participantes de Tailandia (n=445), Camboya (n=443) y Vietnam (n=389)	79
Tabla 41: Prevalencia de los síntomas por trastornos de salud mental entre mujeres objeto de trata con fines sexuales (n=328) y mujeres objeto de trata en otros sectores (n=241)	79
Tabla 42: Elementos de depresión de la Lista de Síntomas de Hopkins-25 descritos por los participantes	80

Tabla 43: Elementos del Cuestionario para Trauma de Harvard notificados por los participantes	81
Tabla 44: Síntomas por ansiedad de la Lista de Síntomas de Hopkins-25 descritos por los participantes	83
Tabla 45: Preocupaciones más habituales sobre el futuro entre los participantes	84
Tabla 46: Miedo de los participantes a que los traficantes pudieran causarles daños tanto a ellos, como a sus familias	84
Tabla 47: Personas con las que los participantes planeaban vivir	85
Tabla 48: Esperanzas de futuro, por sexo	86
Tabla 49: Esperanzas de futuro entre menores y adultos	86
Tabla 50: Segunda fase de entrevistas: pérdida de casos por servicio pos trata y por país	88
Tabla 51: Síntomas de salud física descritos por los participantes durante la primera y segunda fase de entrevistas	88
Tabla 52: Salud mental en el Momento 1 y el Momento 2	89
Tabla 53: Comparación de la prevalencia de síntomas entre las personas que participaron y no participaron en la segunda entrevista	90
Tabla 54: Personas con quienes los participantes querían vivir una vez abandonado el albergue	90
Figura 1: Fases del proceso de trata	30
Figura 2: Participantes por país de origen	40
Figura 3: Exactitud de la información sobre la situación en el destino antes de empezar a trabajar	53
Figura 4: Prevalencia de la violencia física y/o sexual entre los participantes objeto de trata	54
Figura 5: Porcentaje de participantes que trabajaban siete días a la semana	58
Figura 6: Número medio de horas trabajadas por sector/tipo de trata	59
Figura 7: Participantes que indicaron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres, por sector de explotación	61
Figura 8: Participantes con síntomas indicativos de depresión, ansiedad y trastorno por estrés pos traumático	77

Resumen ejecutivo

La trata de seres humanos es una grave violación de los derechos humanos que a menudo implica el abuso y la explotación extrema. Las personas son objeto de trata a través de diversas formas de explotación, incluida la explotación laboral en sectores poco cualificados y la explotación sexual. En estas circunstancias, las personas objeto de trata están expuestas a una multitud de riesgos para la salud, además de la violencia, las privaciones y los graves riesgos laborales. A menudo, estos peligros dan lugar a una morbilidad aguda y duradera, y a veces, incluso a la muerte. Muchas, sino la mayoría, de las víctimas que sobreviven a una situación de trata requieren atención médica tanto física como psicológica.

Hasta la fecha, las investigaciones sobre las consecuencias de la trata de personas sobre la salud han sido muy limitadas, y según nuestro conocimiento, no se ha realizado ningún estudio sobre las necesidades sanitarias de los supervivientes en la subregión del Gran Mekong.

En respuesta a la falta de evidencias con respecto a la salud y la trata, se llevó a cabo un estudio prospectivo y transversal entre las personas atendidas en los servicios para víctimas de trata, para así identificar sus riesgos sanitarios y sus necesidades de atención prioritarias.

Los resultados de este estudio se basaron en las respuestas proporcionadas por 1102 personas explotadas y dispuestas a compartir sus experiencias y a expresar sus inquietudes sanitarias. Si bien estos resultados ilustran un impresionante panorama de abuso, ofrecen al mismo tiempo una imagen de esperanza, ya que nos ayudan a entender y responder con mejores mecanismos de respuesta y protección sanitaria para el futuro.

Antecedentes del estudio

Este estudio se basó en un marco conceptual sobre la trata y la salud que pone de relieve los potenciales efectos sobre la salud de cada una de las fases del proceso de migración y su importancia para el estado de salud de los individuos que son objeto de trata¹. En la investigación también se reconoce una “zona gris”, que incluye la ambigüedad y las complejidades vinculadas con las definiciones de trata de personas, específicamente la débil articulación con el nivel de “explotación” necesario para definir a alguien como “víctima de trata”. Por esta razón, para evitar decisiones subjetivas por parte del equipo de investigación acerca de quién es “víctima de trata”, y por razones éticas importantes, la población de estudio fue definida como “individuos atendidos en los servicios pos trata”. De esta forma, la población de estudio se considera como una muestra “basada en los servicios”, ya que los resultados tratan de informar a los proveedores de las necesidades del cliente.

Metodología

Diseño del estudio. Este estudio sobre la salud de las personas que reciben servicios pos trata es un estudio observacional y longitudinal. Este informe presenta principalmente frecuencias calculadas para la primera serie de entrevistas (primer estudio transversal). Los datos se basan también en una muestra de individuos examinados durante 30 y 60 días, después de la primera entrevista; sin embargo, la tasa de pérdida fue muy alta.

Muestra. Los participantes fueron un total de 1102 hombres, mujeres y menores de 10 o más años que estaban recibiendo servicios de asistencia pos trata en Camboya, Tailandia y Vietnam. En total, se seleccionaron deliberadamente 15 servicios pos trata (6 en Camboya, 4 en Tailandia y 5 en Vietnam) en función de la diversidad de sus beneficiarios, la relación de los servicios con los equipos país de la OIM y/o la Fundación Anesvad, y sus acuerdos con el gobierno. La recolección de datos se llevó a cabo del 2010 al 2013.

Los participantes constituyen una muestra consecutiva de personas que utilizaban estos servicios, los cuales fueron entrevistadas en las dos primeras semanas (de 0 a 14 días) posteriores a su contacto con el servicio seleccionado. A las entrevistas cara a cara fueron invitadas todas aquellas personas que cumplían los siguientes criterios:

- (a) Usuario de uno de los servicios pos trata participantes, siempre que hubiera usado el servicio seleccionado, como mínimo, 10 días antes de la entrevista.
- (b) Jóvenes de 10 o más años.
- (c) Física y mentalmente capacitados (según la evaluación de los trabajadores de apoyo/sociales).

Cuestionario. El cuestionario se fundamentó en una herramienta utilizada anteriormente para un estudio europeo con víctimas de explotación sexual, la cual fue adaptada para la región y la población objeto de este estudio (diversas formas de trabajo)². El estudio fue traducido al khmer, al tailandés, al birmano, al vietnamita o al laosiano, en varias fases: (a) traducción profesional del inglés a los idiomas mencionados; (b) traducción y discusión en grupo con el personal de la OIM contra la trata; (c) prueba piloto del cuestionario traducido; (d) adaptación del cuestionario; (e) retraducción y adaptación.

Recolección y análisis de datos. El trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre de 2011 y mayo de 2013. Las entrevistas fueron realizadas por el personal que trabajaba en los 15 servicios que participaban en los tres países de estudio. La recogida e introducción de datos fueron coordinadas por las Oficinas de País de la OIM, con la supervisión de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).

Ética. Se implementó un estricto protocolo de ética y seguridad basado en las Recomendaciones éticas y de seguridad para entrevistar a mujeres víctimas de trata de la OMS3. Asimismo, la LSHTM y las juntas de ética de Camboya (Ministerio de Salud), Tailandia (Ministerio de Desarrollo Social y Seguridad Humana) y Vietnam (Escuela de Salud Pública de Hanoi) dieron su aprobación al estudio.

Resumen de las conclusiones y los resultados del estudio

Características de la población estudiada

Tasa de respuesta. La tasa de respuesta fue de más del 98 % en los tres países. Los participantes fueron un total de 1102 hombres, mujeres y menores de 10 o más años que estaban recibiendo servicios de asistencia pos trata en Camboya, Tailandia y Vietnam.

Sexo y edad de los participantes. Entre los participantes se incluían a 637 mujeres (57,8 %), 465 hombres (42,2 %) y 387 menores (35,1 %) de entre 10 y 17 años. Más concretamente, el 27,9 % tenía entre 15 y 17 años (n=308) y el 7,2 % (n=79) entre 10 y 14 años. La mayoría de los menores entrevistados eran chicas (81,7 %).

Características de la muestra por país. La mayoría de los participantes estaban recibiendo servicios en Tailandia (40,3 %, n=444), seguido por Vietnam (35,3 %, n=389) y Camboya (24,4 %, n=269). En Vietnam y Tailandia, la mayoría eran mujeres (72,5 % y 73 %, respectivamente); en Camboya, la muestra estaba compuesta en su mayoría por hombres (88,5 %), y en Tailandia, dos tercios de los participantes eran menores (67,3 %).

Países de origen. Los países de origen de los participantes eran los siguientes: Vietnam (35,2 %, n=388); Camboya (28,3 %, n=312); Tailandia (14,2 %, n=156); Myanmar (11,6 %, n=128); Laos (10,5 %, n=116); y China (0,1 %, n=1). Un individuo afirmó no conocer su país de origen.

Educación. Menos de un tercio (30,8 %) de los adultos y el 43,7 % de los menores habían terminado la escuela secundaria (cursos 6-8). Un pequeño número de adultos (8,2 %, n=59) habían finalizado los cursos 10 y 11. Casi una quinta parte de los adultos (19,0 %) y el 8,8 % de los menores manifestaron no tener ningún tipo de educación formal.

Ocupación previa al abandono del hogar. Casi una décima parte (9,7 %) de los participantes notificaron no tener trabajo remunerado antes de salir de casa. Según el 42,7 %, se dedicaban a la agricultura o a la ganadería. Una quinta parte (20,4 %) de los menores de 18 años indicaron que eran estudiantes antes de salir de casa.

Estado civil. Una quinta parte (21,6 %) de los participantes (mayores de 15 años) estaban casados y vivían con sus parejas antes de salir de casa.

Participantes que en algún momento han estado casados y con niños. De los 287 participantes (21,6 %) que notificaron haber estado casados alguna vez, el 80,8 % tenía hijos.

Remisión a los servicios pos trata. Los participantes fueron referidos a los servicios pos trata principalmente a través de las agencias del gobierno, la policía y los funcionarios de inmigración (85,9 %).

Fase previa a la salida

Conocimiento de la trata. Menos de la mitad (44,1 %) de los participantes (de los diferentes países de origen) afirmaron haber oído hablar sobre la “trata de personas”. Los ciudadanos tailandeses eran los que más habían oído hablar sobre la trata (65,4 %), seguidos por los camboyanos (46,2 %), los laosianos (39,7 %), los vietnamitas (38,9 %) y los birmanos (32,8 %).

Reclutamiento. Según un tercio (34,2 %) de los participantes, los responsables de su situación de trata fueron agentes. Más de una cuarta parte (26,5 %) indicó que el responsable de su trata fue alguien cercano o alguien en el que confiaban (su padre, otro miembro de la familia, un amigo, un compañero, su novio/novia o un vecino, por ejemplo). 26 participantes transmitieron haber sido secuestrados.

Violencia previa a la migración. Entre los adultos, el 15,1 % había sufrido, al menos una vez, algún acto de violencia física o sexual antes de abandonar el hogar familiar. Casi una quinta parte (22,0 %) de los menores estaban expuestos a algún tipo de violencia física o sexual. Las mujeres (20,6%) expresaron un mayor nivel de violencia física o sexual que los hombres (14,6 %)¹.

Información laboral previa a su partida. Casi la mitad de los participantes (44,8 %) manifestaron que la información laboral que se les había proporcionado antes de su salida “no era cierta en absoluto”.

Etapas de explotación

Lugares de destino. Los participantes hablaron de nueve países de destino. La mayoría de los participantes fueron explotados en Tailandia (40,7 %), China (30,0 %) e Indonesia (11,7 %). Entre los 1102 participantes del estudio, 87 (7,9 %) notificaron que no pudieron llegar a su destino. Los datos del “período de explotación” representan principalmente los 1015 participantes (92,1 %) que llegaron y comenzaron a trabajar en su lugar de destino.

Sectores laborales. Los participantes fueron víctimas de trata en 15 diferentes sectores laborales, aunque dos tercios (67,2 %) lo fueron en tres sectores: el campo sexual (29,9 %), la pesca (25,0 %) y el trabajo de fábrica (12,3 %). Poco más de la mitad de los participantes menores de 18 años fueron víctimas de trata con fines de explotación sexual (51,9 %).

Prevalencia de la violencia en el lugar de destino. Casi la mitad de los hombres adultos (49,3 %) y más de la mitad de las mujeres adultas (60,0 %) hablaron de experiencias de violencia sexual y/o física en el lugar de destino. Asimismo, se

¹ Los datos sobre la violencia previa a la migración corresponden a 877 participantes (de los 1102). En Vietnam, los datos sobre la violencia previa a la migración de 225 (57,8 %) de los 389 participantes no son fiables debido a problemas en la base de datos. En el caso de Vietnam, éstos se codificaron como campos vacíos (n=225). Por lo tanto, en Vietnam la violencia previa a la migración se incluye en sólo 164 (42,2 %) de los 389 participantes, cuyos datos fueron incluidos después del 20 de agosto de 2012, a partir del cual podemos comprobar que los datos son fiables.

expresaron situaciones de violencia por parte de un 36,2 % de los niños de entre 10 y 14 años de edad, y por un 35,3 % de los adolescentes de entre 15 y 17 años de edad.

Violencia por sectores. Los niveles de violencia física y/o sexual fueron particularmente altos entre las víctimas entregadas como novias/esposas (88,5 %, n=46 de 52), para la pesca (68,4 %, n=188 de 275), el trabajo sexual (50,8 %, n=167 de 329), la servidumbre doméstica (60,5 %, n=23 de 38) y la mendicidad (36,0 %, n=9 de 25).

Violencia sexual. Entre aquellos que llegaron a su destino y respondieron a la pregunta sobre violencia sexual (n=1009), casi uno de cada seis participantes (n=204, 20,2 %) manifestaron haber sido forzados a mantener relaciones sexuales mientras eran víctimas de trata. De estos 204 individuos que transmitieron haber sufrido abusos sexuales, 198 (97,1 %) eran mujeres y 6 (2,9 %) varones.

Amenazas. Casi la mitad de los participantes (46,0 %, n=467 de 1015) fueron personalmente amenazados con violencia cuando estaban en alguna situación de trata.

Días/horas de trabajo. Más de dos tercios (67,5 %) de los participantes trabajaban siete días a la semana, durante una media de 13,8 horas al día (DEⁱⁱ=6,6 horas al día). Los que trabajaban un mayor número de horas se dedicaban a la pesca (18,8, DE=5,9), seguidos por los que se dedicaban al trabajo doméstico (15,2, DE=6,6).

Libertad restringida. Más de dos tercios (67,9 %) de los participantes indicaron que “nunca” o “casi nunca” tuvieron la libertad de “ir o hacer lo que quisieran”, y más de la mitad (58,7 %) transmitieron que “nunca” tuvieron dicha libertad. Las personas objeto de trata para el trabajo doméstico (86,8 %) y la pesca (80,4 %) eran las más propensas a declarar que “nunca” tuvieron la libertad de hacer o ir a donde quisieran.

Libertad restringida y violencia. Entre los participantes que pudieron llegar a su destino, los que sufrieron restricciones por parte de sus empleadores eran más propensos a sufrir situaciones de violencia. En concreto, el 60,1 % de los que indicaron “nunca” haber sido libres hablaron también de violencia física y/o sexual, en comparación con el 13,9 % de las personas que transmitieron haber sido “siempre libres”, aunque también sufrieran situaciones de violencia.

Obligación a consumir drogas. Algunos participantes fueron obligados a consumir drogas mientras fueron víctimas de trata, concretamente un 6,1 % reveló haber sido forzado a tomar drogas o medicamentos. La proporción era mayor entre menores (8,4 %) que entre adultos (4,9 %).

Consumo de alcohol. Una pequeña minoría (3,2 %) de los participantes admitió beber a diario.

Riesgos laborales. Por sectores de explotación, los riesgos laborales más frecuentes fueron: “inclinarse y levantarse repetidamente” (44,6 %, n=389), “levantamiento de objetos pesados” (39,8 %, n=347) y “uso de instrumentos afilados” (20,1 %, n=263). Más del 90 por ciento de los pescadores confirmaron haber permanecido “largas

ⁱⁱLa Desviación Estándar (DE) mide el grado de dispersión o variabilidad de la media.

horas bajo el sol, el frío o la humedad sin interrupción” (96,7 %), “inclinarse y levantarse repetidamente” (94,9 %) y “levantar objetos pesados” (93,5 %).

Equipo de protección individual. Más de un tercio de los participantes (37,8 %) no recibió ningún equipo de protección para el trabajo. Aproximadamente la mitad de los participantes indicaron haber recibido algún equipo de protección simple, como guantes (45,9 %) o sombreros para el sol (50,4 %) para los trabajos al aire libre como la agricultura y la pesca.

Uso del condón. Las mujeres que no sufrieron violencia eran dos veces más propensas a informar que “siempre” usaban preservativos en comparación con las mujeres que confirmaron haber sufrido algún tipo de violencia (75,5 % vs 35,8 %).

Accidentes laborales. Más de uno de cada cinco (21,9 %) participantes sufrió algún accidente laboral grave, como cortes profundos o largos, daños en la piel y lesiones de espalda o cuello. Casi la mitad de las personas explotadas en el sector pesquero comercial (46,6 %, n=128 de 275) y la construcción (26 %, n=5 de 19) manifestaron haber sufrido al menos una lesión grave. Siete participantes (3,2 %) perdieron alguna parte del cuerpo. Sólo 62 de los 222 que admitieron haber sufrido lesiones recibieron atención médica para la lesión en cuestión.

Duración de la situación de trata. Los participantes estuvieron en situación de trata durante una media de 116,5 días (DMAⁱⁱⁱ=91,5). Las personas que más tiempo permanecieron en situación de trata fueron las personas explotadas en el sector pesquero (487,3 días; DMA=350,3), las personas entregadas como novias/esposas (183, DMA=122) y el trabajo doméstico (122, DMA=107).

Condiciones de trabajo y vida. Casi todos los participantes que llegaron a su destino (99,9 %, n=1014 de 1015) describieron malas condiciones de vida o trabajo. Las condiciones adversas más frecuentes fueron: tener “muy pocas o ninguna pausa para descansar” (56,1 %), vivir/dormir en habitaciones en situación de hacinamiento (44,6 %), y no tener donde dormir o dormir en el suelo (36,4 %). Alrededor de 200 personas (19,5 %) informaron que estuvieron “encerradas en una habitación”, principalmente entre personas objeto de trata con fines de explotación sexual, el trabajo doméstico y la pesca. Cabe destacar que más de una de cada cinco personas admitieron no tener suficiente comida o agua limpia para beber mientras trabajaban.

Pagos en efectivo. Eran muy pocos (37,4 %, n=380 de 1015) los participantes que recibían dinero en efectivo.

Documentos de viaje y de identidad. La mayoría (69,0 %) de los participantes transmitieron no tener documentos de viaje o de identidad, y entre los que sí tenían documentos, el 39,4 % (n=124) indicó que alguien se los quitó.

Asistencia sanitaria. Más de un tercio de los participantes (40,8 %, n=414 de 1015)

ⁱⁱⁱ La desviación media absoluta (DMA) es una medida que mide la variabilidad de una muestra univariante de los datos cuantitativos.

indicaron que necesitaron asistencia sanitaria durante la situación de trata. El número de menores (51,7 %) que necesitaron algún cuidado médico era mayor que el de adultos (35,2 %), y mayor entre mujeres (49,2 %) que entre hombres (30,0 %). Casi el 30 % (29,7 %) de los participantes que necesitaron algún tipo de atención médica mientras fueron víctimas de trata (n=414) dijeron que no recibieron ninguna atención médica; entre ellos, un tercio (33,7 %) afirmó haber visto a un médico/a y el 20,8 % a una enfermero/a, mientras que el 23,0 % indicó haber recibido medicación por parte de sus empleadores.

Embarazo e interrupción del embarazo durante la situación de trata. Treinta y cinco (7,5 %) participantes indicaron haber estado embarazadas mientras estaban siendo objeto de trata (trabajadoras del sexo, n=15; novias/esposas, n=11) y doce informaron que sufrieron un aborto.

Abandono de la situación de trata. Casi la mitad de los participantes (43,3 %) dijeron que nunca intentaron salir de la situación. Entre las razones para no intentar huir estaban: “ganaba dinero” (44,7 %), “tenía miedo a perderme” (33,3 %); “tenía miedo a que me arrestaran” (32,1 %, n=143 de 445); y “no tenía documentos de identidad” (27,0 %, n=120 de 466). En la mayoría de los casos (71,1 %), los participantes pudieron huir de la situación de trata gracias a la policía, los guardias fronterizos o los funcionarios del gobierno, y el 28,9 % manifestó haber huido o escapado sin ayuda de otras personas, mientras que el 15,4 % fue asistido por alguna ONG.

Detención. Aproximadamente una cuarta parte (24,1 %) de los participantes fueron detenidos alguna vez. La proporción era mayor entre los hombres (28,5 %) que entre las mujeres (20,7 %), y mayor entre adultos (30,3 %) que entre menores (12,2 %).

Etapa posterior a la trata

Salud física. Un 15,6 % de los participantes comunicaron tener “mala” salud, generalmente las personas objeto de trata en el sector pesquero (26,9 %) y los trabajos domésticos (18,4 %). La mayoría de los participantes (64,3 %) identificaron al menos una parte del cuerpo donde sentían dolor o tenían alguna lesión. Las partes del cuerpo más comunes fueron la cabeza (26,2 %), el estómago (19,5 %) y la espalda (13,6 %).

Atención médica posterior a la trata. Casi la mitad (49,6 %) de los que indicaron algún tipo de dolor, lesión o problema de salud reciente indicaron que querían ver a un médico o una enfermera.

Embarazo. 21 mujeres (4,5 %) en edad reproductiva manifestaron estar embarazadas en el momento de la entrevista. Entre las 21 mujeres embarazadas, 14 (66,6 %) fueron víctimas de violencia sexual.

Salud mental. El 59,7 % de los participantes habló de algún síntoma asociado con la depresión. El 41,9 por ciento de los participantes describieron síntomas asociados con el trastorno de estrés pos traumático (TEPT), y el 35,6 por ciento cumplía con

criterios relacionados con síntomas del trastorno de ansiedad. La proporción de adultos con algún síntoma de trastorno mental era mayor que la de menores de 18 años. El número de mujeres que habló de síntomas asociados con la depresión fue mayor que el de los hombres; en cambio, los hombres describieron más síntomas asociados con el trastorno de estrés pos traumático y el trastorno de ansiedad. Aunque el tamaño de las submuestras fuera muy limitado para poder llevar a cabo una comparación entre sectores laborales, los síntomas de depresión prevalecían entre las personas explotadas en fábricas (67,7 %, n=92 136), el trabajo doméstico (81,6 %, n=31 de 38) y la construcción (79,0 %, n=15 de 19). Los síntomas de ansiedad eran más comunes entre las personas objeto de trata para el trabajo doméstico (63,2 %, n=24 de 38) y la agricultura (62,1 %, n=36 de 58). Los síntomas de TEPT eran más comunes entre las víctimas de trata destinadas a la agricultura, el trabajo doméstico, la construcción y el trabajo de fábrica (del 52,2 % al 65,8 %).

Pensamientos suicidas. Uno de cada seis participantes (14,9 %, n=164) admitió haber tenido “pensamientos de acabar con su vida” (pensamientos suicidas) durante la semana anterior a la entrevista.

Preocupaciones comunes posteriores a la situación de trata. Las preocupaciones pos trata más comunes fueron: problemas relacionados con el dinero en la familia (44,6 %), problemas de salud en la familia (43,1 %), y el sentimiento de culpa o vergüenza (41,2 %).

Miedo al traficante. Casi la mitad de los participantes (43,1 %) percibían que todavía podían estar en peligro de algún traficante, incluso si ya no se encontraban en situación de trata; el 34,3 % creían que todavía estaban en peligro y el 8,8 % de los participantes no estaban seguros de si se encontraban o no en peligro.

Trato por parte de la familia o la comunidad en el país de origen. Más de la mitad de los participantes (56,3 %) estaban preocupados por cómo serían tratados por la gente al volver a casa. Estas preocupaciones eran mayores entre las personas que habían sufrido alguna situación de violencia sexual (74,9 %, n=158 de 211) que entre las que no experimentaron ninguna situación de violencia sexual (52,0 %, n=459 de 883).

Domicilio una vez abandonados los servicios. Cuando se les preguntó con quien planeaban vivir cuando abandonaran el servicio pos trata, el 79,6 % respondió que viviría con sus padres u otros familiares.

Revelaciones a terceros. Los participantes estaban divididos en partes más o menos iguales entre los que pensaban hablar acerca de su situación de trata (42,2 %, n=465 de 1102) y los que no tenían intención hacerlo (45,1 %, n=497 de 1102). En general, las mujeres víctimas de trata con fines sexuales estaban menos dispuestas a hablar sobre su experiencia (29,9 %, n=98 de 328) que las mujeres (43,6 %, n=105 de 241) o los hombres (49,2 %, n=262 533) objeto de trata con otros fines.

Esperanzas de futuro. Cuando se les preguntó acerca de sus esperanzas de

futuro, indudablemente, la mayoría (60,5 %) de hombres y mujeres transmitieron que querían “tener trabajo”. En general, los participantes parecían mantener sus esperanzas de futuro, ya que sólo unos pocos (5,1 %) dijeron que “no tenían esperanzas” para el futuro.

Experiencia de la entrevista. Cuando se les pidió opinión sobre el grado de dificultad de la entrevista, la mayoría (70,2 %) expresó que la entrevista fue una experiencia “sencilla”, mientras que el 20,5 % la encontró “algo difícil” y el 9,1 % “muy difícil”.

Segunda fase de entrevistas

La segunda fase de entrevistas se realizó entre 30 y 90 días después de la entrevista inicial, con los participantes que se pudo contactar. Esta segunda fase de entrevistas se llevo a cabo con el fin de conocer la evolución de las preocupaciones y la salud física y mental de los encuestados. Mediante la comparación de los síntomas y las situaciones del Momento 1 (M1, es decir, durante la primera entrevista) y el Momento 2 (M2, durante la segunda entrevista), se puede obtener información significativa sobre las necesidades de los supervivientes. Esto, una vez satisfechas sus necesidades básicas y transcurrido cierto tiempo como para recuperarse de sus problemas de salud agudos y pensar sobre su futuro.

La segunda fase de entrevistas se llevó a cabo con 353 de los 1102 participantes, es decir, con el 32,0 % de la muestra original. En Tailandia, la segunda fase de entrevistas se realizó con el 48,5 % (n=215) de todos los participantes, en Camboya, con el 39,0 % (n=105) de los participantes iniciales, y en Vietnam, en cambio, con tan sólo el 8,5 % (n=33) de todos los participantes. Si bien esto representa una significativa pérdida para hacer el seguimiento necesario para otro tipo de estudios, creemos que se trata de una tasa de retención relativamente razonable dada la gran movilidad de esta población.

Comparación de la salud mental entre la primera y la segunda fase de entrevistas

En base a la comparación de los síntomas entre la primera y la segunda fase de entrevistas, se pudo constatar que los participantes experimentaron una reducción de los síntomas de depresión (del 46,1 % al 39,3 %), ansiedad (del 37,3 % al 26,0 %) y trastorno de estrés pos traumático (del 28,5 % al 23,7 %). De todos modos, no se ha podido determinar qué pudo haber influido en estos cambios.

Resumen de las recomendaciones regionales

Recomendaciones generales

- (a) Reconocer la trata de personas como una cuestión de salud.^{iv}
- (b) Reconocer el Derecho a la Salud de las personas que han sido víctimas de trata.

Recomendaciones a los Estados

El gobierno y los legisladores, y en particular, las entidades encargadas de responder a la trata de personas

- (a) Los Estados de la subregión del Gran Mekong deberían elaborar acuerdos regionales sobre el Derecho a la Salud de las mujeres, los hombres y los menores que son objeto de trata.
- (b) Los Estados deberían desarrollar mecanismos de referencia regionales y nacionales para garantizar la priorización de la salud de las personas objeto de trata a través de referencias seguras y respaldadas entre agencias, además de la transferencia de información médica y medidas para asegurar la continuidad de la atención necesaria. Los mecanismos de referencia deberían reconocer la necesidad del consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad de todos los individuos.
- (c) Los Estados deberían aprobar una legislación nacional, o enmiendas a la legislación existente, con el fin de proveer la asistencia sanitaria adecuada a las personas víctimas de trata. El cuidado debería de estar financiados por el Estado y coordinado mediante estrategias de los principales organismos que se encargan de la trata de personas. Los servicios deberían tener en cuenta tanto la edad como el género de las víctimas, y ser ofrecidos de forma voluntaria, con el consentimiento informado. Se formulan las siguientes recomendaciones específicas:
 - (i) Garantizar acceso facilitado por el Estado a servicios sanitarios para víctimas de trata en el mismo lugar donde se solicitan.
 - (ii) Proporcionar servicios sanitarios por parte de profesionales capacitados para atender a víctimas de trata.
 - (iii) Dedicar líneas presupuestarias para subvencionar la atención sanitaria, ya sea a través de fondos nacionales contra la trata o fondos del Ministerio o el Departamento de Salud.
 - (iv) Conceder a las víctimas de trata derechos legales inmediatos para que puedan acceder a servicios sanitarios subvencionados por el Estado en los lugares de destino, tránsito y de retorno. Este derecho debería estar debidamente especificado en los pertinentes instrumentos legales, independientemente del estado legal o la capacidad de pago de las personas.
 - (v) No mantener a las víctimas de trata detenidas.
 - (vi) No devolver a las víctimas de trata a lugares en los que su salud y su

^{iv} "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York el 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por representantes de 61 Estados (registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, no. 2, p. 100) y entrado en vigor el 07 de abril de 1948.

- seguridad puedan estar en riesgo.
- (vii) Verificar que las necesidades de atención sanitaria de las víctimas de trata pueden ser atendidas en su lugar de origen, en coordinación con el lugar de destino.
 - (viii) Asegurar que las políticas y los procedimientos de retorno de las personas objeto de trata priorizan la seguridad y la salud de las personas, y que el consentimiento y el regreso tienen carácter voluntario.
 - (ix) No enviar a las víctimas de trata de los lugares de destino o de tránsito sin proporcionarles la adecuada y voluntariamente aceptada atención médica para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria inmediata.
 - (x) Garantizar apoyo financiero para proporcionar servicios de salud especialmente designados para víctimas de trata (objeto de trata ya sea en el país o en el extranjero) cuando vuelvan a casa, donde los servicios existentes no son suficientes para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria, independientemente de su capacidad de pago. Establecer un fondo nacional o del Ministerio de Salud para subvencionar la asistencia sanitaria de las personas objeto de trata.
 - (xi) Destinar a las personas que han sido objeto de trata en su propio país, o que están regresando de una situación de trata en el extranjero a su país de origen, los mismos derechos a los servicios sanitarios subvencionados por el Estado, independientemente del período de tiempo que hayan permanecido fuera del país.
 - (xii) Reconocer los derechos de salud, seguridad y trabajo en la legislación nacional destinada a la protección en los sectores laborales, incluidos los mecanismos para compensar a las víctimas de trata por el daño, la discapacidad o la angustia causada, y proporcionar la asistencia necesaria vinculada a fondos de reparación y a hacer frente a los variados efectos sanitarios de los abusos asociados con la trata.
 - (xiii) Abogar por la asistencia a las víctimas a través de fondos de reparación y compensar por el daño, la discapacidad o la angustia causada mediante mecanismos regionales, asociaciones laborales e industriales nacionales, e instituciones de la salud.
 - (xiv) Los Estados deberían facilitar la colaboración entre los principales organismos contra la trata y el Ministerio o Departamento de Salud para establecer respuestas sanitarias coordinadas.
 - (xv) Los Estados deberían aprobar una legislación para exigir inspecciones de seguridad y salud laboral específicas y regulares a las industrias comúnmente asociadas con la explotación de sus trabajadores y la trata de personas. Además, deberían incluir mecanismos legales firmes para proteger a los trabajadores y sancionar a los explotadores. El personal de inspección laboral debería estar preparado para identificar y derivar a las posibles víctimas de trata.
 - (xvi) Los Estados deberían establecer indicadores de salud para supervisar, como mínimo: (a) los riesgos sanitarios de las personas identificadas como víctimas de trata; (b) las consecuencias sanitarias notificadas

o diagnosticadas entre las víctimas de trata; (c) las respuestas de los servicios de salud y los tratamientos recibidos por las personas objeto de trata. Estos datos deberían ser anónimos e integrados en los mecanismos nacionales y regionales para la recolección de datos además de ser gestionados públicamente (Ej: Reporteros nacionales especiales).

- (xvii) Asegurar que las autoridades liderando iniciativas para combatir la trata de personas incluyen proveedores de salud para responder ante la identificación y derivación de las posibles víctimas de trata, y que profesionales sanitarios participan en planificaciones estratégicas y actividades formativas.

Introducción

Los datos de este estudio han sido proporcionados por 1102 personas que han sido explotadas y que están dispuestas a compartir sus experiencias y expresar sus inquietudes en materia de salud. Los proveedores de servicios y los encargados de tomar decisiones políticas podrán usar esta información con el fin de encontrar mejores formas de proteger y responder a las necesidades sanitarias de las víctimas. Aunque los resultados ilustren un impresionante panorama de abusos —sabemos que es exponencialmente mayor que el representado en esta muestra—, ofrecen la oportunidad de entender y responder con mejores mecanismos de respuesta y protección sanitaria en el futuro.

Este estudio ofrece resultados cuantitativos acerca de los patrones de riesgos, abusos, riesgos laborales y consecuencias en la salud de las personas objeto de trata en diversos sectores laborales. Aunque gran parte de los hallazgos los hayamos presentado en forma de estadísticas —porcentajes sobre el total de los 1102 participantes—, al final, cada persona tiene su propia experiencia. Por lo tanto, animamos a los lectores a que reflexionen sobre el número de individuos (la “n=”) que ha sido objeto de trata. En cuanto al número de personas que han sufrido los diversos riesgos, abusos y peligros enumerados en el presente informe, impresiona la cantidad de vidas que han sido negativamente afectadas —a veces, incluso destruidas— entre los participantes de este estudio. La muestra del estudio es, sin duda, sólo un pequeño segmento de la población objeto de trata entre los trabajadores migrantes de la subregión del Gran Mekong, y por supuesto, una proporción mucho menor que los afectados por la explotación a nivel mundial.

Según nuestro conocimiento, hasta la fecha se han realizado muy pocos, si alguno, estudios que proporcionen resultados importantes sobre la salud y la trata de personas en la subregión del Gran Mekong. Las implicaciones de estos hallazgos son amplias y ofrecen importante información para el sector sanitario, así como para otros sectores. Estos resultados también exigen un llamamiento urgente a la acción.

Antecedentes

La trata de personas es una grave violación de los derechos humanos que a menudo implica formas extremas de abuso. Las personas objeto de trata están expuestas a una multitud de riesgos para la salud, además de violencia, privaciones y graves riesgos laborales. A menudo, estos peligros dan lugar a una morbilidad aguda y duradera, y a veces incluso a la muerte. Muchas, sino la mayoría, de las víctimas que sobreviven a una situación de trata sufrirán alguna secuela física y psicológica durante años, o incluso para siempre.

A pesar del generalizado diálogo internacional y la documentación sobre los graves abusos y la explotación relacionados con la trata, por desgracia ha habido poca evidencia sobre la salud de los supervivientes y los servicios médicos y psicológicos que requieren. Hasta la fecha, las investigaciones sobre las consecuencias en la salud de la trata de personas han sido muy limitadas, y a nuestro conocimiento, no se ha realizado ningún estudio sobre las necesidades sanitarias de los supervivientes de la trata en la subregión del Gran Mekong.

Hasta ahora, los estudios se han realizado principalmente en Europa, sobre todo entre mujeres víctimas de trata para su explotación sexual, pero se ha prestado muy poca atención a las necesidades sanitarias de los supervivientes de otras regiones o a los explotados en otros sectores.

La subregión del Gran Mekong tiene una notable alta incidencia de personas en situaciones de trabajo forzado, a menudo como resultado de la trata de personas. Mujeres, hombres y menores de la subregión del Gran Mekong son víctimas de trata con fines de explotación sexual y diversas formas de trabajo forzado, incluida la pesca comercial, la servidumbre doméstica, la agricultura, el procesamiento de alimentos, la hospitalidad, la mendicidad y el trabajo de fábrica. En estas situaciones, las víctimas soportan a menudo violencia y abusos por parte de sus reclutadores, empleadores u otras personas, como compañeros de trabajo, además de estar expuestas a una serie de graves riesgos de salud y seguridad en el trabajo y malas condiciones de vida. Los trabajadores objeto de trata pueden trabajar largas horas con muy pocos descansos, con muy poca o ninguna formación o con formación en un idioma que no entienden. A los trabajadores explotados raramente se les proporcionan equipos de protección individual, y suelen trabajar en lugares donde muy pocas veces o nunca se realizan inspecciones de salud y seguridad. Ante este contexto repleto de riesgos, las personas que son objeto de trata sufren problemas agudos y crónicos de salud física y mental, y tienen una serie de necesidades médicas. La necesidad de evidencias basadas en la investigación es urgente para poder diseñar intervenciones relacionadas con la salud y otras intervenciones médicas, así como para obtener respuestas políticas locales y regionales y garantizar que las personas objeto de trata tienen mayores posibilidades de recuperar su salud y su bienestar.

En respuesta a la carencia de evidencias sobre la salud y el bienestar de los supervivientes, se realizó un estudio prospectivo y transversal en varios lugares para identificar los riesgos sanitarios y las necesidades de salud prioritarias de las personas objeto de trata en Camboya, Tailandia y Vietnam.

La recolección de datos se llevó a cabo entre 2010 y 2013, entre hombres, mujeres y adolescentes que estaban recibiendo asistencia de los servicios después de ser objeto de trata. Este proyecto de investigación ha sido una iniciativa pionera desarrollada por LSHTM y la OIM, cofinanciado por la Fundación Anesvad y el Fondo de Desarrollo de la OIM, y desarrollada con la colaboración de organizaciones locales de apoyo a las víctimas de trata (véase Tabla 1) y de los propios supervivientes.

Además de reconocer las influencias sanitarias de las diferentes etapas del proceso de migración, esta investigación también reconoció la “zona gris”, las ambigüedades y las complejidades para la aplicación de una única definición de “trata de personas”. En concreto, el estudio reconocía la poca claridad relacionada con la definición operativa de “explotación”, un concepto central en la mayoría de las definiciones de la trata de personas. De hecho, aún no está claro qué nivel de explotación se requiere para definir a alguien como “víctima de trata”. Por ello, para evitar decisiones subjetivas por parte del equipo de investigación acerca de quién es víctima de trata, y por razones éticas, la población de estudio fue definida como “individuos atendidos en los servicios pos trata” (para así evitar entrevistar a gente que todavía se encontraba en situaciones de trata). De esta forma, la población de estudio se consideraría como una muestra “basada en los servicios”, ya que el estudio pretende informar a los proveedores de servicios de las necesidades de sus clientes. Los resultados se refieren a los usuarios de los servicios durante el período de estudio, y no son necesariamente generalizables a una población más amplia de usuarios de los servicios pos trata. Al mismo tiempo, esperamos que estos resultados ofrezcan información sobre los patrones de riesgos para la salud, los resultados y las necesidades de los servicios, para informar sobre los servicios y las políticas dirigidas a las víctimas de trata con varios fines en la subregión del Gran Mekong y más allá.

Este informe presenta los principales hallazgos de la investigación y sugiere recomendaciones que esperamos fomenten el desarrollo de políticas sanitarias integrales para poder proporcionar mejores respuestas, estrategias para la prestación de servicios de atención médica especializada y un cuidado personalizado para las personas objeto de trata en la subregión del Gran Mekong.

Objetivos del estudio

Finalidad

Esta investigación persigue medir la prevalencia y los patrones de los resultados en materia de salud, así como describir los factores de riesgo para la salud asociados con la explotación laboral entre las personas usuarias de los servicios pos trata en los países de la subregión del Gran Mekong: Tailandia, Camboya y Vietnam.

Objetivos

En concreto, la investigación trató de:

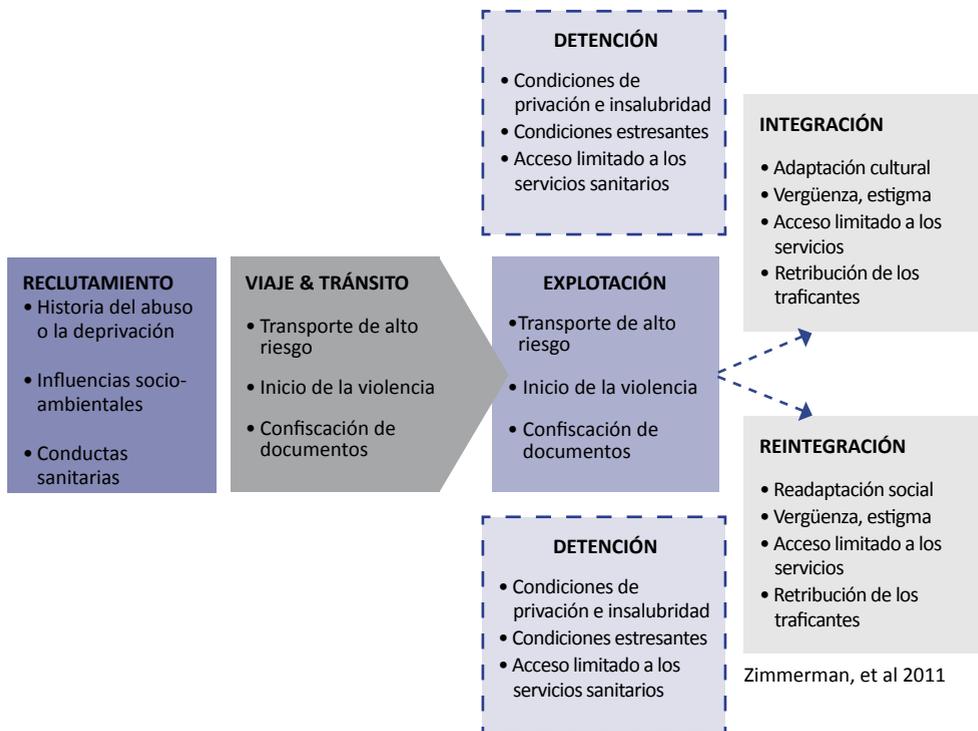
- (a) Documentar los resultados sanitarios de las personas víctimas de trata durante todo el proceso.
- (b) Analizar los cambios en los síntomas físicos y psicológicos con el paso del tiempo.
- (c) Comparar las condiciones de vida y de trabajo, la violencia y los indicadores de salud por sector de explotación, país, grupo de edad y sexo.
- (d) Describir las respuestas sociales (por ejemplo, la culpa, la vergüenza, el empoderamiento y el estigma) a la trata de personas.
- (e) Analizar los factores de riesgo asociados con los resultados de salud física y mental.
- (f) Documentar las percepciones individuales sobre las necesidades de atención.
- (g) Explorar las dimensiones de género y los tipos de riesgo relacionados con la explotación, los síntomas y las necesidades de atención.

Este informe presenta frecuencias para los resultados de salud y las condiciones de explotación, incluidas las condiciones de vida y de trabajo, la violencia, las respuestas sociales y las percepciones individuales acerca de las necesidades de atención.

Reconociendo que la migración es a menudo parte de la experiencia de las víctimas de trata, este informe presenta los resultados por fase de migración: (a) antes de la partida; (b) destino y explotación; y (c) la fase de integración posterior a la trata o reintegración.

Marco Conceptual

Figura 1: Fases del proceso de trata



Este estudio fue diseñado en base al marco conceptual, “Fases del proceso de trata” (véase Figura 1), que reconoce el movimiento migratorio de las personas y los riesgos para la salud, y las correspondientes oportunidades de intervención que pueden surgir en cada fase del ciclo de migración¹. Este marco sustentó la formulación de la finalidad y los objetivos del estudio, y guió el desarrollo del instrumento de estudio y el análisis. Este marco puede también servir como guía hacia una teoría de cambio que tenga en cuenta cada una de las etapas geográficas y cronológicas donde las intervenciones podrían ser implementadas para ofrecer una mayor protección a los migrantes en situación de riesgo.

Métodos de Estudio

Diseño del estudio

El estudio sobre la trata, la explotación y el abuso en el Mekong (STEAM) es un estudio observacional y longitudinal. Este informe presenta principalmente las frecuencias calculadas en la primera serie de entrevistas (primer estudio transversal). Los datos también se basan en una muestra de individuos examinados entre 30 y 60 días después de la primera entrevista, a pesar de la alta tasa de pérdidas durante el seguimiento.

Muestra

Los participantes fueron un total de 1102 hombres, mujeres y menores de 10 años o más (n=1102) que estaban recibiendo servicios de asistencia pos trata en Camboya, Tailandia y Vietnam.

La muestra fue dividida en dos etapas. En la primera etapa, los servicios pos trata (6 servicios en Camboya, 4 en Tailandia y 5 en Vietnam; véase Tabla 1) fueron deliberadamente seleccionados en función de la diversidad de su clientela, la relación de los servicios con los equipos de país de la OIM y/o la Fundación Anesvad, y los acuerdos con las instituciones gubernamentales. Estos servicios estaban dirigidos a personas objeto de trata (hombres, mujeres y adolescentes) con varios fines (por ejemplo, la explotación sexual, el trabajo forzado y la mendicidad) y que estaban recibiendo asistencia en la subregión del Gran Mekong después de ser objeto de una situación de trata.

Tabla 1: Resumen de los servicios participantes en Camboya, Tailandia y Vietnam.

Camboya	Tailandia	Vietnam
<p>Cuatro albergues administrados por diferentes ONG en emplazamientos provinciales y dos proveedores de servicios en Phnom Penh:</p> <p>Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en Phnom Penh, dando apoyo en el retorno voluntario de los hombres, las mujeres y los menores víctimas de trata de Camboya</p> <p>Healthcare Centre for Children (HCC), dirige centros de día en las provincias de Kandal y Koh Kong</p> <p>Cambodian Center for the Protection of Children's Rights (CCPCR), dirige varios albergues en las provincias de Svay Rieng y Siem Reap</p> <p>Acting for Women in Distressing Situations (AFESIP, Cambodia), dirige un albergue para mujeres y niños en Phnom Penh</p> <p>Children without Borders (KNK) Albergue para Niños en la Provincia de Battambang</p> <p>Poipet Transit Centre (PTC) en la Provincia de Banteay Meanchey, proporciona el retorno entre instituciones gubernamentales de Tailandia para víctimas de trata y mujeres vulnerables</p>	<p>Cuatro albergues gubernamentales situados en el centro (tres) y en el sur (uno) del país:</p> <p>Kredtrakarn Protection and Occupational Development Centre (women and children)</p> <p>Patumthani Protection and Occupational Development Centre for Men (men)</p> <p>Srisurat Protection and Occupational Development Centre (women and children)</p> <p>Pakkred Reception Home for Boys, a.k.a. "Phumvet shelter" (boys)</p>	<p>Tres centros gubernamentales de apoyo social y dos albergues gestionados por organizaciones no gubernamentales ubicadas en diferentes regiones de Vietnam:</p> <p>Can Tho Support Centre for Women and Children in Difficult Circumstances (AAT)</p> <p>Lang Son Social Support Centre</p> <p>Vocational Training Centre, Women's Union of Quang Ninh Province</p> <p>Social Protection Centre in Lao Cai Province</p> <p>Centre for Women and Development (Peace House)</p>

En la segunda fase, se invitó a una muestra consecutiva de personas a participar durante las primeras dos semanas (de 0 a 14 días) de su admisión por uno de los servicios seleccionados. A las entrevistas cara a cara fueron invitadas todas aquellas personas que cumplieran los siguientes criterios:

- (a) Ser usuario de algún servicio pos trata participante, siempre que hubiera usado el servicio seleccionado, como mínimo, 10 días antes de la entrevista.
- (b) Tener 10 años o más.
- (c) Ser física y mentalmente capacitado (según la evaluación de los trabajadores de apoyo o trabajadores sociales).

El tamaño de la muestra fue determinado para valorar la prevalencia de los tres resultados de los estudios: la depresión, la ansiedad y la violencia. También tuvimos en cuenta la necesidad de producir datos nacionales.

Según los cálculos, una muestra de 384 entrevistas por país sería suficiente para lograr los objetivos del estudio.

La segunda fase de entrevistas se realizó con la misma muestra de personas, entre 30 y 90 días después de la entrevista inicial.

Cuestionario

El cuestionario se basó en un instrumento utilizado previamente en un estudio europeo cuyo grupo meta fueron víctimas de trata con fines de explotación⁴. Después, se fue perfeccionando por el equipo en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), en colaboración con los equipos de la OIM, el comité editorial del estudio STEAM y los expertos regionales e internacionales en la trata de personas. Se incluyeron preguntas sobre los antecedentes socioeconómicos, la exposición previa a la trata, las condiciones de vida y de trabajo durante la situación de trata, la violencia, los resultados de salud, y los planes y las preocupaciones posteriores a la situación de trata.

Los resultados de salud mental fueron medidos mediante un cuestionario de cribado para la depresión y la ansiedad (Lista de Síntomas de Hopkins 25), y otro para el trastorno por estrés pos traumático (Cuestionario para Trauma de Harvard)^{5–7}. Estos instrumentos están diseñados para detectar los niveles de los síntomas asociados con estos trastornos, pero no son herramientas de diagnóstico. Los resultados representan los síntomas que sugieren cada uno de los trastornos frente al diagnóstico clínico.

Los asuntos sobre violencia se basaron en preguntas específicas de comportamiento desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud sobre la violencia física y sexual⁸. Mediante estas preguntas se preguntó a los participantes acerca de los actos de violencia experimentados con anterioridad y cuándo fueron objeto de trata. Los actos a los que se referían estos puntos fueron complementados con

actos comúnmente notificados por los supervivientes en los servicios y albergues de trata. Las preguntas sobre la relación entre los responsables y los participantes se realizaron de manera separada en los casos de violencia física y sexual.

A los participantes también se les preguntó sobre las amenazas realizadas contra ellos o contra familiares y gente cercana.

El cuestionario fue traducido al khmer, al tailandés, al birmano, al vietnamita y al laosiano a través de varias conversaciones con traductores profesionales y los equipos especializados en la trata de la OIM en cada país. Las traducciones fueron revisadas durante la preparación y las pruebas piloto de los cuestionarios. Por último, las versiones revisadas fueron traducidas de nuevo al inglés, con los correspondientes ajustes finales.

Recolección y análisis de datos

Por razones éticas y logísticas, las entrevistas fueron realizadas por el personal de los servicios pos trata en los tres países participantes en el estudio. La recogida e introducción de datos fue coordinada por las oficinas de la OIM en cada país, con la supervisión de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).

El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2011 y mayo de 2013.

Una vez consolidadas la primera y segunda entrada de datos, éstos fueron depurados por el equipo de LSHTM. Los datos fueron analizados utilizando STATA 13.

Este informe presenta estadísticas descriptivas del estudio. Aquí no se han incluido las pruebas significativas para las comparaciones que se describen en el texto, ya que los análisis más completos estarán disponibles en publicaciones posteriores.

Téngase en cuenta que en el cálculo de los porcentajes y las tasas, en el denominador se incluye el número de valores perdidos, a menos que se indique lo contrario.

Ética

Se redactó e implementó un protocolo de ética y seguridad basado en las *Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas* (redactado por uno de los principales encargados del estudio STEAM). El protocolo ético incluye, entre otros, orientación basada en el consentimiento informado, el anonimato, la confidencialidad, la privacidad, la respuesta a la angustia, saber cuándo terminar una entrevista y los procedimientos de referencia. La aprobación ética para el estudio fue concedida por la LSHTM y las juntas de ética locales. En Camboya, la aprobación ética fue concedida por el Comité Nacional de Ética para la Investigación de la Salud (Ministerio de Salud). En Vietnam, el estudio STEAM fue aprobado por la Junta de Revisión Ética Institucional de la Escuela de Salud Pública de Hanoi. En Tailandia, se obtuvo la aprobación de un comité de expertos del Ministerio de Desarrollo Social y Seguridad Humana.

Resumen de los servicios pos trata y las remisiones en Camboya, Tailandia y Vietnam

Procesos de remisión

Camboya

En Camboya, los principales organismos gubernamentales responsables de la referencia de casos y protección de las víctimas son el Ministerio del Interior y el Departamento de Lucha contra la Trata de Personas y Protección de Menores, cuya función principal se basa en entrevistar a las víctimas, dirigir las investigaciones y proporcionar protección, así como el Ministerio de Asuntos Sociales, Veteranos y Jóvenes, que proporciona asistencia y reintegración directa, búsqueda de familiares de los menores no acompañados y formación profesional.

Otros organismos gubernamentales involucrados son el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación Internacional y las pertinentes embajadas y consulados en el extranjero que trabajan con las autoridades locales y las agencias internacionales en los países de destino, para así identificar y repatriar a las víctimas de trata de Camboya.

Tailandia

En Tailandia, entre los organismos gubernamentales que se encargan de la referencia de casos se encuentran la Policía Real Tailandesa (en concreto, su División Contra la Trata de Personas), el Ministerio de Justicia (Departamento de Investigaciones Especiales), la Oficina de Inmigración, y el Ministerio de Desarrollo Social y Seguridad Humana (Departamento de Desarrollo y Bienestar Social). En Tailandia, el proceso de referencia de las víctimas de trata se lleva a cabo a través del “equipo multidisciplinar” (EMD) contra la trata. El EMD está compuesto por un grupo de profesionales de diversas disciplinas que se reúnen para realizar una evaluación completa y consultar todos los casos de trata de personas. El equipo, que incluye a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel local, nacional y bilateral, trabaja en cada etapa del proceso, incluyendo la notificación de incidentes, el rescate, la identificación de las víctimas, la asistencia jurídica, la protección, el retorno y la reintegración. En este país, el enfoque del EMD se refleja a través del establecimiento de memorandos de entendimiento entre los organismos competentes, como por ejemplo, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG).

En el marco del EMD, cuando la policía, inmigración o las ONG encuentran o rescatan víctimas de trata, éstas son derivadas al Departamento de Desarrollo y Bienestar Social para proporcionarles más ayuda.

Vietnam

En Vietnam, los organismos gubernamentales que se encargan de la referencia de las víctimas de trata son: el Ministerio de Seguridad Pública, en particular el Departamento de Inmigración y la Policía Criminal; la Guardia Fronteriza; el Ministerio de Asuntos Exteriores, en particular, las embajadas de Vietnam en los países de destino; y el Ministerio de Trabajo, Inválidos y Asuntos Sociales, en particular el Departamento de Prevención de Males Sociales. Con respecto a las necesidades de las víctimas de trata, los individuos afectados son derivados a los centros gubernamentales de asistencia social o a los servicios no gubernamentales, o reciben apoyo en sus propias comunidades.

Características de los participantes

El índice de respuestas de los participantes del estudio fue muy alto en todos los servicios: por encima del 98 % en los tres países. Creemos que la disposición de los entrevistados a participar en el estudio puede estar relacionada con los lugares en los que se llevaron a cabo las entrevistas (en los propios servicios donde residían) y la familiaridad con los entrevistadores (personal del servicio). No se ofrecieron incentivos materiales para participar y los entrevistadores dejaron claro que no habría consecuencias negativas si se negaban a ser entrevistados.

Mujeres, hombres y menores

En este estudio participaron 637 mujeres, es decir, el 57,8 % de toda la muestra. Los hombres fueron 465, esto es, el 42,2 % de todos los participantes (véase Tabla 2).

Tabla 2: Sexo de los participantes

Sexo	n	%
Hombres	465	42,2
Mujeres	637	57,8
Total	1102	100,0

Más de un tercio (35,1 %) de los participantes eran menores (menores de 18 años) (véase Tabla 3).

Tabla 3: Edad de los participantes

Grupo de edad	n	%
Menores (<18 años)	387	35,1
Adultos (≥18 años)	715	64,9
Total	1102	100,0

La mayoría de los hombres del estudio eran mayores de 18 años, y había aproximadamente el mismo número de adultos y jóvenes menores de 18 años (véase Tabla 4).

Tabla 4: Sexo de los participantes (n=1102) por grupo de edad (adultos y menores)

Grupo de edad	Hombres (n=465)		Mujeres (n=637)	
	n	%	n	%
Menores (<18 años)	70	15,1	317	49,8
Adultos (≥18 años)	395	84,9	320	50,2
Total	465	100	637	100

Había 79 niños (7,17 %) de entre 10 y 14 años y 308 adolescentes de entre 15 y 17 años y en total, éstos formaban el 27,9 % de la muestra total. Cuatro de cada cinco menores (80,5 %) eran mujeres. El participante más joven entrevistado tenía 10 años (véase Tabla 5).

Tabla 5: Sexo de los participantes (n=1102) por grupo de edad

Grupo de edad (años)	Hombres (n=465)		Mujeres (n=637)	
	n	%	n	%
10-14	30	6,5	49	7,7
15-17	40	8,6	268	42,1
18-24	174	37,4	214	33,6
25-34	154	33,1	59	9,3
≥35	67	14,4	47	7,4
Total	465	100,0	637	100,0

La muestra de adultos era relativamente joven, y la edad media de las mujeres (25,2 años, DE=8,7) era ligeramente inferior a la de los hombres (27,5 años, DE=7,3). Tres cuartas partes de las mujeres tenían menos de 28 años y el 75 % de los hombres menos de 32. Por el contrario, entre los participantes menores de 18 años, la gran mayoría (90 %) eran mayores de 14 años, con una edad media de 15,8 (DE=2,0). Las proporciones por sexo y edad diferían entre los lugares de estudio. En Camboya, el 88,5 % de los participantes eran hombres, mientras que la mayoría de los participantes que recibían servicios pos trata en Tailandia (73,0 %) y Vietnam (72,4 %) eran mujeres. En gran medida, estos porcentajes reflejan las poblaciones objeto de los servicios pos trata participantes. Entre 2011 y 2012, por ejemplo, la OIM de Camboya vio más casos de trata con fines de explotación laboral entre hombres repatriados a través de sus programas de repatriación regionales que entre mujeres (normalmente trabajadoras domésticas volviendo desde de Malasia). En Tailandia, dos de los cuatro servicios incluidos en el estudio se ajustan a mujeres y menores, y un albergue está específicamente destinado para chicos.

La mayor parte de los participantes en este estudio estaban recibiendo servicios en Tailandia (40,3 %, n=444), seguido por Vietnam (35,3 %, n=389) y Camboya (24,4 %, n=269). En Camboya, el 92,2 % de la muestra estaba conformada por adultos, y la mayoría eran hombres (88,5 %). En Tailandia, la mayoría de la muestra estaba compuesta por menores (67,3 %) y mujeres (73,0 %). En Vietnam, en cambio, la muestra estaba principalmente compuesta por adultos (82,8 %) y mujeres (72,5 %) (Véase Tabla 6).

Tabla 6: Características de los participantes por país de acceso a los servicios

Grupo etario	Camboya (n=269)		Tailandia (n=444)		Vietnam (n=389)	
	n	%	n	%	n	%
Menores	21	7,8	299	67,3	67	17,2
Adultos	248	92,2	145	32,7	322	82,8
Sexo						
Hombre	238	88,5	120	27,0	107	27,5
Mujer	31	11,5	324	73,0	282	72,5

Más de un tercio (n=388, 35,2 %) de todos los participantes que hicieron uso de los servicios de este estudio eran vietnamitas, y más de una cuarta parte (n=312, 28,3 %) camboyanos; en conjunto, ascendían a más de la mitad de los participantes (63,5 %). Sólo el 14,2 % eran tailandeses (véase Tabla 7).

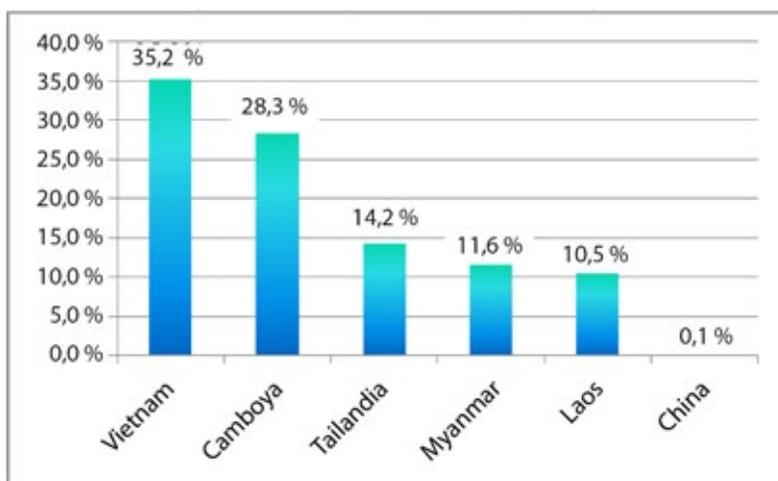
Entre los participantes que recibieron servicios en Tailandia (n=444, o el 40,3 % de la muestra total) —se trata, ante todo, de un lugar de destino o tránsito regional—, la mayoría eran tailandeses (34,7 %) y aproximadamente una cuarta parte provenían de países vecinos como Myanmar (28,8 %) y Laos (26,1 %) y el 10,1 % de Camboya.

Tabla 7: Participantes por país de origen

País de origen	n	%
Camboya	312	28,3
China	1	0,1
Laos	116	10,5
Myanmar	128	11,6
Tailandia	156	14,2
Vietnam	388	35,2
Datos/respuestas que faltan	1	0,1
Total	1102	100,0

La mayoría de mujeres eran de Vietnam (44,1 %), más de la mitad de los hombres que participaron eran de Camboya (55,9 %) y más de un tercio de los menores eran tailandeses (37,5 %).

Figura 2: Participantes por país de origen



Educación

El nivel de educación medio de los participantes era bastante bajo, especialmente en comparación con los promedios nacionales mencionados⁹. Sin embargo, no todas las personas objeto de trata son personas sin educación, o personas con un menor nivel educativo son más vulnerables a la trata. Cabe destacar que varios participantes en el estudio notificaron tener una educación superior.

Más de un tercio (39,8 %) de los participantes informaron haber finalizado la escuela primaria.

De hecho, aproximadamente la misma proporción de adultos y menores (40,5 % y 39 %, respectivamente) contaban con estudios de primaria (grados 1-5). Sin embargo, entre los adultos de Vietnam, donde el promedio de la población que finaliza los estudios de primaria es de casi el 100 %, el porcentaje de participantes que habían finalizado educación primaria (39,8 %) y educación secundaria (35,3 %) era relativamente bajo (véase Tabla 8).

Entre los adultos, menos de un tercio (30,8 %) contaba con estudios de secundaria, en comparación con el 43,7 % de los menores (grados 6-8). Un número relativamente pequeño de adultos (n=59, 8,2 %) había finalizado los grados 10 o 11.

Casi una quinta parte de los adultos (19,0 %) y el 8,8 % de los menores informaron que nunca habían participado en ningún tipo de educación formal.

Cuatro participantes que fueron objeto de trata tenían un grado universitario, lo que indica que no sólo los menos educados son víctimas de trata.

Tabla 8: Nivel de educación de los participantes adultos y menores

Nivel de estudios alcanzado	Adultos		Menores (<18 años)	
	n	%	n	%
Primaria (grados 1-5)	282	39,4	157	40,5
Secundaria (grados 6-8)	220	30,8	169	43,7
Secundaria superior (grados 10-11)	59	8,2	19	4,9
Título universitario o superior	4	0,6	0	0,0
Ninguna educación formal	136	19,0	34	8,8
Lo desconoce	0	0,0	1	0,3
Datos/respuestas que faltan	14	2,0	7	1,8
Total	715	100	387	100

Ocupación previa a la migración

Eran muy pocos los participantes que no tenían ninguna fuente de ingresos antes de ser objeto de trata. Sólo una pequeña proporción (el 4,6 % de los adultos y el 19,1 % de los menores) informaron no tener ningún trabajo remunerado antes de salir de casa.

Según el 42,7 % de los participantes, la agricultura (o la ganadería) es la ocupación más común previa al abandono del hogar familiar; el siguiente grupo más amplio estaba compuesto por personas que no trabajaban (9,7 %) y estudiantes (9,0 %). Seis participantes (el 0,5 % de la muestra total), todas mujeres, reconocieron haber trabajado como profesionales del sexo antes de migrar.

Solo una quinta parte (20,4 %) de todos los jóvenes menores de 18 años dijeron que eran estudiantes antes de salir de casa; el 24,6 % de los menores se dedicaban a la agricultura y el 19,2 % no trabajaban. Entre los menores de entre 10 y 14 años de edad, el 31,7 % declararon que estaban en la escuela antes de salir de casa.

Estado civil

A los participantes mayores de 15 años se les preguntó sobre su estado civil previo. La mayoría (67,4 %) de las personas de 15 años o mayores estaban solteras antes de migrar. Solo el 21,6 % de los participantes informaron que estaban casados y vivían con sus parejas antes de salir de casa. 32 mujeres y 12 hombres estaban divorciados, separados o viudos (véase Tabla 9).

Durante la migración, el 7,5% de los participantes cambiaron de estado civil. De estas 77 personas que cambiaron de estado civil, más de una quinta parte (23,4 %, n=18 de 77) estaban solteras y luego se casaron y estaban viviendo con sus parejas.

Tabla 9: Estado civil de los participantes mayores de 15 años antes de salir de casa

Estado civil previo	<i>n</i>	%
Soltero y nunca casado	689	67,4
Casado, pero no viviendo con su pareja	46	4,5
Casado y viviendo con su pareja	221	21,6
Separado o divorciado	31	3,0
Viudo	13	1,3
Otros	2	0,2
Lo desconoce	21	2,0
Total	1023*	100,0

* Participantes de 15 años o mayores

Participantes con descendencia

A los participantes que comunicaron haber estado casados (antes o después de ser objeto de trata) se les preguntó si tenían hijos y dónde vivían sus hijos en ese momento. De los 287 participantes que habían estado alguna vez casados, la mayoría (80,8 %) tenían hijos. Tailandia, como país de tránsito/destino, contaba con el menor número de casos de progenitores viviendo en el mismo país de sus hijos. Sólo 12 de 51 (23,5 %) participantes con niños y recibiendo servicios en Tailandia estaban en el mismo país que sus hijos, mientras que casi todos los participantes con niños y recibiendo servicios en Vietnam (91,8 %, n=135 de 147) y la mayoría de Camboya (76,2 %, n=93 de 122) informaron que sus hijos residían en el mismo país.

Remisión a los servicios

A menudo se especula que solo una minoría de los supervivientes a la trata llegan a los servicios de apoyo pos trata. De hecho, es muy raro que acudan por sí mismos. El acceso a los servicios es a menudo facilitado por el gobierno o las ONG's, tal y como se refleja en los datos. Los participantes fueron derivados a los servicios pos trata que participaron en el estudio STEAM principalmente mediante agencias gubernamentales, la policía y oficiales de inmigración. La mayoría de los participantes fueron remitidos por la policía, las agencias de inmigración u otros organismos gubernamentales (véase Tabla 10).

Tabla 10: Participantes por tipo de organización/agencia que los derivó

Entidad remitente	n	%
Policía	316	28,7
Inmigración	162	14,7
Por sí solo	4	0,4
ONG	74	6,7
Organismo gubernamental	469	42,6
Otro individuo	1	0,1
Otros	76	6,9
Total	1102	100,0

Etapa de reclutamiento

Información sobre la trata

Durante la última de cada se han invertido importantes recursos para “aumentar la sensibilización” con el fin de prevenir la trata de personas. De hecho, se preguntó a los participantes: “Antes de abandonar el hogar familiar, ¿habías oído hablar alguna vez de “la trata de personas”? Menos de la mitad (44,1 %) de los participantes (de los diferentes países de origen) afirmaron que habían oído hablar sobre la “trata de personas” (véase Tabla 11).

Tailandia era el país con la mayor proporción de ciudadanos que habían oído hablar de la trata (65,4 %), seguido por Camboya (46,2 %), Laos (39,7 %), Vietnam (38,9 %) y Myanmar (32,8 %).

Tabla 11: Conocimiento del término “trata” antes de ser objeto de trata

Conocimiento del término “trata”	n	%
Sí	486	44,1
No	559	50,7
No lo recuerda/No lo sabe	56	5,1
No lo ha comunicado	1	0,1
Total	1102	100

Razones para abandonar el hogar

Las personas tienen a menudo múltiples razones para migrar por trabajo — generalmente, estos motivos están relacionados con dificultades financieras, como el desempleo, las crisis personales y enfermedades familiares — para apoyar a sus hijos u otros familiares y con la esperanza de invertir en un futuro mejor. A los participantes se les preguntó por qué optaron por buscar trabajo lejos de sus lugares de origen y se les dio la oportunidad de proporcionar varias respuestas. Las razones más comunes fueron: “no ganaba suficiente dinero en mi trabajo” (42,5 %), “conozco a otros que se fueron y ganaron dinero” (37,9 %) y “no podía encontrar un trabajo cerca de casa” (23,8 %).

Treinta y cinco participantes (3,2 %, n=35 de 1102) dijeron: “fui raptado”. Diecinueve de los 35 participantes tenían menos de 18 años y entre ellos, 27 eran mujeres.

Reclutamiento

Asimismo, se preguntó a los participantes: “¿Quién crees que es el responsable de tu situación?” y se les invitó a proporcionar más de una respuesta. Poco más de la mitad (50,7 %) manifestó que eran ellos mismos los responsables. Cuando los participantes implicaron a otras personas, se citaron a “intermediarios” o agentes de reclutamiento (33,9 %).

De los 420 participantes que proporcionaron más de una respuesta, la mayoría se nombraron a sí mismos (65,7 %, n=276 de 420) o a un intermediario (52,6 %, n=221 de 420) como los principales responsables de su situación de trata.

Tabla 12: Personas que los participantes señalaron como responsables de su más reciente situación de trata, en función de género

Persona responsable de la situación de trata más reciente	Mujeres		Hombres		Todos los participantes	
	n	%	n	%	n	%
La propia persona	322	50.6	238	51.2	560	50.8
Un intermediario	143	22.5	234	50.3	377	34.2
Un amigo	78	12.2	37	8.0	115	10.4
Alguien desconocido para el participante	84	13.2	29	6.2	113	10.3
Algún conocido lejano	49	7.7	24	5.2	73	6.6
Otros familiares	36	5.6	24	5.2	55	5.0
Algún conocido del pueblo	30	4.7	19	4.1	49	4.5
Su novio o novia	46	7.2	2	0.4	48	4.4
Nadie	39	6.1	9	1.9	48	4.4
Sus padres	22	5.0	23	3.5	45	4.1
El empleador	21	3.3	14	3.0	35	3.2
Fue raptado	23	3.6	3	0.7	26	2.4
Lo desconoce	15	2.4	8	1.7	23	2.1
Un vecino	11	1.7	11	2.4	22	2.0
La agencia/empresa de reclutamiento	13	2.0	5	1.1	18	1.6
Su antiguo jefe	2	0.3	8	1.7	10	0.9
Un amigo	1	0.2	5	1.1	6	0.5
Otros	2	0.3	6	1.3	8	0.7

* Como había varias respuestas posibles, los totales superan el 100 %.

Aproximadamente uno de cada cuatro participantes (26,5 %, n=291 de 1099) implicaron a alguien cercano o digno de su confianza (padres, familiares, amigos, compañeros de trabajo, su novio/novia o algún vecino) como responsables de su situación de trata. De las 45 personas que responsabilizaron a sus padres de su situación de trata, 21 (46,7 %) eran menores de 18 años.

No es nada inusual que las personas sean objeto de trata o puestas en contacto con sus traficantes a través de personas conocidas, incluso familiares cercanos. Este es uno de los retos fundamentales para la prevención de la trata, ya que es lógico que las personas que buscan mejorar sus vidas confíen en sus amigos, familiares o conocidos para que les proporcionen consejos o ayuda fiable.

26 participantes, de los cuales 14 eran menores de 18 años, informaron que fueron raptados. 23 de los 26 participantes raptados eran mujeres.

Más mujeres que hombres son reclutadas por parte de un amigo (12,2 % frente al 8,0 %, respectivamente) o por su novio o novia (7,2 % y 0,4 %, respectivamente). En cambio, el número de hombres reclutados por un intermediario fue mayor que el de las mujeres (50,3 % versus 22,5 %). El 80% (n=4/5) de los participantes que trabajaban en ganaderías fueron objeto de la trata a través de sus padres, seguido por un 16,7 por ciento de vendedores ambulantes (n=3/21). Los sectores con mayor proporción de reclutamientos mediante intermediarios fueron “otros” sectores (75 %, n=9 de 12), la construcción (57,9 %, n=11 de 19) y la agricultura (56,9 %, n=33 de 58). Entre los otros sectores se incluían la tala de caña de azúcar y la carga y descarga de mercancías.

87 personas proporcionaron otras respuestas, entre las cuales predominaban: “el jefe, empleador o propietario”, “nadie” y “no lo sé”.

Violencia previa a la migración^v

A los participantes se les preguntó sobre cualquier tipo de violencia física o sexual previo al abandono del hogar. Entre los participantes que respondieron a la pregunta, el 15,1 % afirmó haber experimentado algún tipo de violencia (física o sexual) antes de salir de casa (véase Tabla 13).

Las mujeres eran más propensas a experimentar abusos físicos o sexuales previos a la trata (20,6 % frente al 14,6 % de los hombres), al igual que las menores de 18 años (22,0 % frente al 15,1 % de los mayores de 18 años). Entre las mujeres objeto de la trata con fines de explotación sexual sobre las que tenemos datos (n=265), el 23,8 % notificó haber experimentado algún tipo de violencia sexual o física antes de salir de casa.

Tabla 13: Violencia física o sexual previa al abandono del hogar

	<i>n</i>	%
Mujeres	97 (de 472)	20.6
Hombres	59 (de 405)	14.6
<18 años	76 (de 346)	22.0
18 años o mayores	80 (de 531)	15.1
Total	312 (de 1,754)	17.8

En estudios previos de otros entornos, casi todos con mujeres, se han encontrado niveles mucho más altos de abuso previo a la trata. El abuso temprano es un factor de riesgo importante para el incremento de la vulnerabilidad ante abusos posteriores y las consecuencias sanitarias a largo plazo, especialmente en relación a problemas de salud mental¹¹. Además, el abuso previo a la migración puede ser un factor que afecta firmemente en la decisión de abandonar el hogar familiar¹².

^v Los datos sobre la violencia previa a la migración están presentes en solo 877 participantes (de un total de 1102). En Vietnam, los datos de violencia previa a la migración de 225 (57,8 %) de los 389 participantes no son nada fiables debido a problemas relacionados con la base de datos. En Vietnam, estos datos han sido codificados como datos perdidos (n=225). En el caso de Vietnam, los datos de violencia previa a la migración han sido incluidos en tan sólo 164 (42,2 %) de los 389 participantes, cuyos datos fueron introducidos después del 20 de agosto de 2012, a partir del cual podemos determinar que los datos son fiables. Los datos que faltan no están incluidos en el denominador de las cifras relativas a la violencia previa a la salida.

Violencia física antes de la partida

Entre los adultos, el 12,2 % había sufrido, al menos una vez, algún acto de violencia física antes de salir de casa. Además, una quinta parte (20,2 %) de los menores estaban expuestos a algún tipo de violencia física. Las mujeres (16,1 %) manifestaron un nivel de violencia física ligeramente superior que los hombres (14,6 %).

Entre los actos de abuso más frecuentes previos a la salida, se describieron bofetadas y objetos arrojados contra ellos (22,2 %), empujones (18,1 %) y golpes de puño o con otros objetos (17,8 %). Además, aproximadamente una de cada 18 personas (n=50 de 877) manifestaron haber sido estranguladas, atadas o encadenadas, o amenazadas con arma.

En la muestra de Vietnam, faltan muchas respuestas con respecto a estas cuatro cuestiones sobre la violencia previa a la migración: (a) “te empujaron”; (b) “utilizaron un cuchillo para cortarte”; (c) “te quemaron a propósito”; y (d) “soltaron un perro para morderte o arañarte” (por favor, véase la nota anterior). No hubo datos para estas preguntas en 225 participantes de Vietnam, es decir, el 20,4 % de todos los participantes (n=225 de 1102). Por lo tanto, las frecuencias proporcionadas para estas preguntas deberían interpretarse como una sub-muestra de participantes más pequeña.

Violencia sexual previa a la trata

31 participantes (3,5 %) notificaron algún tipo de violencia sexual previa a la migración, 30 de los cuales (96,8 %) eran mujeres. Entre las personas que hablaron sobre violencia sexual, nueve (29,0 %) eran menores de 18 años en el momento de la entrevista.

Visto de otro modo, el 11,1 % de las mujeres adultas y el 3,2 % de las menores declararon haber sido objeto de abuso sexual antes de salir de casa (véase Tabla 14. Nota: Estos datos no especifican que las personas adultas que informaron sobre violencia sexual fueran abusadas antes o después de los 18).

Tabla 14: Prevalencia de la violencia sexual previa al abandono del hogar, por grupo de edad (adultos y menores).

Grupo de edad	n	%
Menores (<18 años)	9	2.6
Adultos (≥18 años)	22	4.1

Ningún chico y sólo un hombre adulto notificaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual antes de ser objeto trata. Una vez más, no está claro a qué edad se produjo esta violencia sexual previa a la salida.

Etapa de explotación

No todos los participantes del estudio llegaron a su destino y fueron explotados allí. Entre los 1102 participantes del estudio, 87 (7,9 %) notificaron que no llegaron a su destino. Esta sección se centrará principalmente en los 1015 participantes (92,1 %) que llegaron a su destino y comenzaron a trabajar de manera forzosa en los diversos sectores que se describen a continuación. Sin embargo, en su caso (en caso de violencia y amenazas, por ejemplo), los niveles experimentados por las personas que “no llegaron a su destino” también se incluyen en el texto (resultados de toda la muestra, n=1102).

País de explotación

Los participantes del estudio hablaron de un total de nueve países de destino. La mayoría fueron explotados en Tailandia (40,7 %), China (30,0 %) e Indonesia (11,7 %). Los pescadores camboyanos trabajaban habitualmente en aguas de Indonesia, en barcos de pesca de propietarios tailandeses (y en las Islas Mauricio) (véase Tabla 15).

Tabla 15: Países de destino donde los participantes fueron explotados.

País de explotación	n	%
Tailandia	448	40.7
China	330	30.0
Indonesia	129	11.7
Malasia	52	4.7
Islas Mauricio	33	3.0
Camboya	7	0.6
Federación de Rusia	6	0.5
Sudáfrica	6	0.5
Vietnam	3	0.3
Otros	1	0.1
No llegaron a su destino	87	7.9
Total	1,102	100.0

La mayoría de los países de destino donde los participantes fueron explotados fueron Indonesia (31,4 %), China (25,1 %) y Tailandia (23,3 %). Las mujeres adultas fueron objeto de trata principalmente en China (56,9 %) y Tailandia (21,9 %), y la mayoría de los menores fueron explotados en Tailandia (73,9 %).

La migración interna era muy poco habitual entre los participantes de Camboya (1,6 %, n=5 de 132), Vietnam (0,8 %, n=3 de 388), China, Laos y Myanmar (0 % en cada uno). En cambio, casi todos los participantes tailandeses fueron víctimas de trata en Tailandia (88,5 %, n=138 de 156).

Sector de explotación

Los participantes del estudio hablaron de más de 15 sectores laborales, a pesar de que el 72,9 por ciento de todos ellos fueran víctimas de trata en tres sectores: el trabajo sexual (32,4 %), la pesca (27,1 %) y el trabajo en fábrica (12,4 %). El trabajo en fábrica incluía, por ejemplo, la fabricación de ropa, productos electrónicos y juguetes, así como la producción de gambas y albóndigas. Entre los individuos objeto de trata con fines de explotación sexual, todos excepto uno eran mujeres. Todas las víctimas objeto de trata en el sector pesquero eran varones. De los 136 participantes objeto de trata en fábrica, el 62,5 por ciento eran hombres (véase Tabla 16). A pesar de que el “entretenimiento” es frecuentemente asociado con el trabajo sexual, los investigadores hicieron una distinción entre los dos términos para poder reflejar las respuestas proporcionadas por los participantes acerca de los sectores en los que fueron víctimas de trata.

Cincuenta y tres mujeres fueron objeto de trata para el matrimonio o para ser entregadas como novias/esposas, y todas ellas accedieron a los servicios pos trata de Vietnam. En este tipo de trata de novias, las mujeres (a menudo de minorías étnicas del norte de Vietnam) fueron frecuentemente seducidas por hombres vietnamitas que habían migrado a China y que estaban asociados con los traficantes locales. Las novias/esposas objeto de trata fueron comúnmente solicitadas para ayudar en la agricultura, la limpieza y otras tareas domésticas. El equipo investigador ha incluido a las “novias/esposas” como un “sector” en este documento.

Los jóvenes eran habitualmente víctimas de trata para el trabajo sexual (58,4 %, n=201), el karaoke o el entretenimiento (6,7 %, n=23) y la mendicidad callejera (6,4 %, n=22).

Ochenta y siete personas (7,9 %) indicaron que no llegaron al destino previsto. En las siguientes tablas de esta sección, y a menos que se especifique lo contrario, los datos corresponden a las 1.015 personas que llegaron al lugar destino.

Tabla 16: Participantes que llegaron a su destino y hablaron de explotación en diferentes sectores (n=1015), en función de sexo.

Sector o tipo de explotación	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Trabajo sexual	1	0,2	328	57,6	329	32,4
Pesca	275	61,7	0	0,0	275	27,1
Trabajo de fábrica	85	19,1	51	9,0	136	13,4
Agricultura/ganadería/plantación	21	4,7	37	6,5	58	5,7
Novias/esposas	n.a.	-	53	9,1	53	5,2
Trabajo doméstico/limpieza	2	0,5	36	6,3	38	3,7
Ocio/karaoke/masajes/cuidado de uñas	0	0	29	5,1	29	2,9
Mendicidad	23	5,2	2	0,4	25	2,5
Construcción	16	3,6	3	0,5	19	1,9
Venta ambulante/tiendas	5	1,1	13	2,3	18	1,8
Restaurant/hospitalidad/turismo	0	0	7	1,2	7	0,7

Sector o tipo de explotación	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trabajo doméstico	5	1,1	1	0,2	6	0,6
Ganadería/preparación de carne	3	0,7	2	0,4	5	0,5
Cuidado de vehículos	5	1,1	0	0	5	0,5
Otros	5	1,1	7	1,2	12	1,2
Total	446	100,0	569	100,0	1,015	100,0

Los participantes que recibieron servicios en Camboya fueron objeto de trata principalmente en el sector pesquero (83,3 %); los usuarios de los servicios tailandeses fueron objeto de trata mayoritariamente con fines de explotación sexual (55,6 %); y en Vietnam, la mayor parte de los usuarios de los servicios pos trata fueron víctimas de la trata con fines de explotación sexual (28,5 %) y en fábrica (27,6 %).

Los principales países de destino de todos los sectores laborales —a excepción de la pesca y el trabajo doméstico— fueron Tailandia (40,7 %) y China (29,9 %). Las aguas de Indonesia fueron el principal destino para los pescadores (46,9 %), mientras que Malasia fue el principal destino para la mayor parte de los trabajadores domésticos (44,7 %).

En la Tabla 17 se muestra un desglose más detallado en función del sector correspondiente a los participantes que fueron explotados en Tailandia y China.

Tabla 17: Participantes que hablaron sobre la explotación en diferentes sectores: China y Tailandia.

Sector o tipo de explotación	Trabajando en Tailandia		Trabajando en China	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trabajo sexual	227	50.7	95	28.8
Trabajo de fábrica	39	8.7	89	27.0
Pesca	77	17.2	2	0.6
Novias/esposas	0	0.0	51	15.5
Mendicidad	25	5.6	0	0.0
Ocio/karaoke/masaje/cuidado de uñas	23	5.1	2	0.6
Ganadería/preparación de carne	5	1.1	0	0.0
Agricultura/ganadería/plantación	4	0.9	53	16.1
Cuidado de vehículos	5	1.1	0	0.0
Trabajo doméstico/limpieza	9	2.0	12	3.6
Construcción	13	2.9	6	1.8
Trabajo doméstico	0	0.0	5	1.5
Restaurantes/hospitalidad/turismo	6	1.3	0	0.0
Venta ambulante/tiendas	15	3.3	3	0.9
Otros	0	0.0	12	3.6
Total	448	100.0	330	100.0

En cuanto a los participantes por país de origen, los camboyanos fueron víctimas de trata principalmente para la pesca (70,9 %), las fábricas (6,9 %) y el trabajo doméstico (5,9 %). Los participantes de Tailandia, tanto nacionales como internacionales, fueron objeto de trata principalmente con fines de explotación sexual (79,3 %). Los vietnamitas fueron explotados en varios sectores, especialmente en la industria del sexo (28,5 %), el trabajo en fábrica (27,6 %), la agricultura/ganadería (15,7 %) y como “novias/esposas” (15,4 %).

Sector de explotación: niños y adolescentes

Entre los menores de 18 años (incluyendo los que no llegaron a su lugar de destino), la mayoría fueron explotados para el trabajo sexual (51,9 %), seguido por el trabajo de fábrica (5,2 %) y el ocio (5,9 %). Entre las 25 víctimas de trata con fines de mendicidad, 22 eran menores de 18 años, 16 de las cuales eran de Camboya, y el resto de Tailandia.

Tabla 18: Participantes que hablaron sobre la explotación en diferentes sectores, por grupo de edad.

Sector o tipo de explotación	10–14 años		15–17 años		18 años o mayores	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trabajo sexual	23	29.1	178	57.8	128	17.9
Pesca	1	1.3	12	3.9	262	36.6
Trabajo de fábrica	2	2.5	18	5.8	116	16.2
Agricultura/ganadería/plantación	0	0	3	1	55	7.7
Novias/esposas	2	2.5	13	4.2	38	5.3
Trabajo doméstico/limpieza	4	5.1	6	2	28	3.9
Ocio/karaoke/masaje/cuidado de uñas	2	2.53	21	6.8	6	0.3
Mendicidad	18	22.8	4	1.3	3	0.4
Construcción	1	1.3	7	2.3	11	1.5
Venta ambulante/tiendas	10	12.7	4	1.3	4	0.6
Restaurantes/hospitalidad/turismo	0	0	7	2.3	0	0
Trabajo doméstico	0	0	1	0.3	5	0.7
Ganadería/preparación de carne	2	2.5	1	0.3	2	0.3
Cuidado de vehículos	3	3.8	0	0	2	0.3
Otros	1	1.3	0	0	11	1.5
No llegaron a su destino	10	12.6	33	10.7	44	6.8
Total	79	100.0	308	100.0	715	100.0

Participantes que no llegaron a su destino

87 participantes de los servicios pos trata (7,9 %) fueron encontrados antes de llegar a su destino. Entre los participantes asistidos por los servicios de Vietnam, 45 fueron identificados antes de llegar a su destino. En Tailandia se identificaron 36 personas

antes de llegar a sus lugares de destino, y en Camboya, en cambio, 6.

Expectativas en el lugar de destino

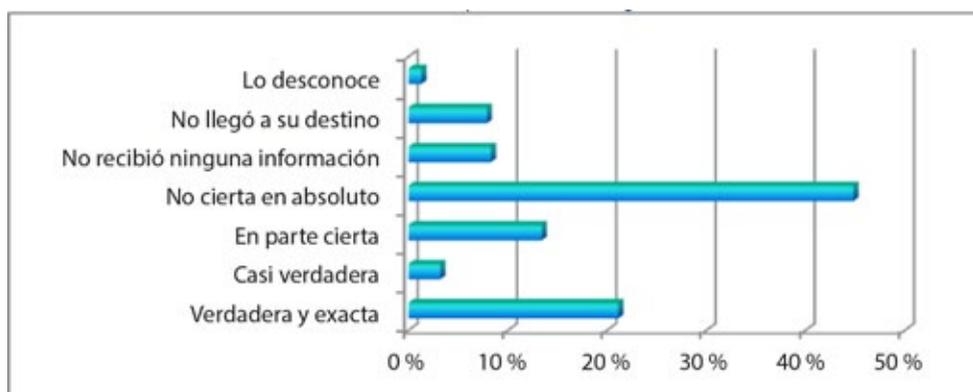
Se preguntó a los participantes cómo calificarían la exactitud de la información recibida antes de abandonar su hogar familiar (“verdadera y exacta”, “casi verdadera”, “no verdadera en absoluto” y “ninguna información”) (véase Tabla 19). La mayoría de los participantes (66,5 %) pensaban que la información que recibieron antes de empezar a trabajar no era exacta; el 44,8 % notificó que la información “no era cierta en absoluto”, y el 13,4 % dijo que la información que recibieron era “en parte cierta” o que no recibieron ninguna información (8,3 %).

Los sectores en los que la mayoría de los encuestados respondieron que la información recibida “no era cierta en absoluto”, eran las entregadas como novias/esposas (92,5 %) y los trabajadores de la construcción (68,4 %). Entre las trabajadoras del sexo, el 45,9 % informaron que la información recibida no era del todo cierta, al igual que el 56,4 % de los pescadores.

Tabla 19: Exactitud de la información proporcionada a los participantes antes de empezar a trabajar.

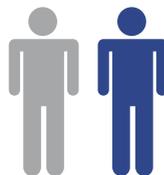
Exactitud de la información	n	%
Verdadera y exacta	233	21.1
Casi verdadera	35	3.2
En parte cierta	148	13.4
No cierta en absoluto	494	44.8
No recibió ninguna información	91	8.3
No llegó a su destino	87	7.9
Lo desconoce	14	1.3
Total	1,102	100.0

Figura 3: Exactitud de la información sobre la situación en el destino antes de empezar a trabajar.



Violencia física y/o sexual mientras eran objeto de trata^{vi}

La violencia es una característica muy común que define la trata de personas. La violencia puede ser usada para intimidar, como castigo por desobediencia o por cometer errores, y para evitar huidas. Además, los abusos funcionan como amenazas implícitas y eficaces contra todas aquellas personas que han podido presenciar algún acto de violencia.



Casi uno de cada dos participantes experimentó algún tipo de violencia.

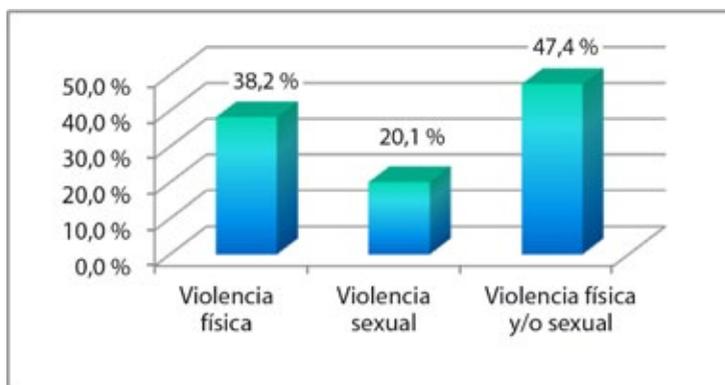
Casi la mitad (47,4 %) de los 1.015 participantes —adultos y menores— que llegaron a su destino sufrieron algún tipo de violencia física y/o sexual durante el tiempo que fueron objeto de trata (véase Tabla 20).

Tabla 20: Violencia padecida por las personas objeto de trata que llegaron a su destino (n=1.015).

Tipo de violencia experimentada	n	%	95% CI
Violencia física*	388	38.2	35.3–41.4
Violencia sexual**	204	20.1	17.8–22.8
Violencia física y/o sexual***	481	47.4	44.5–50.8

* Faltan dos respuestas. ** Faltan seis respuestas.*** Faltan cinco respuestas.

Figura 4: Prevalencia de la violencia física y/o sexual entre los participantes objeto de trata.



Entre los participantes que no llegaron a su destino (n=87), se recogieron datos de violencia de 85 personas. Entre estos participantes, el 16,5 % (n=14) sufrió algún tipo de violencia física, el 8,2 % (n=7) algún acto de violencia sexual, y el 20,0 % (n=17), en cambio, algún tipo de violencia física o sexual durante su tránsito.

^{vi} Para garantizar la coherencia con la violencia previa a la migración, a continuación se presentan varios datos, a excepción de los datos que faltan del denominador de esta sección, con el número de valores perdidos indicados en las tablas de abajo.

De los que llegaron a su destino y respondieron a las preguntas sobre violencia, casi la mitad de los hombres (48,4 %) y las mujeres (47,0 %) participantes hablaron de experiencias de violencia sexual y/o física mientras estaban en una situación de trata. Asimismo, se notificaron situaciones de violencia por parte de un 36,2 % de los niños de entre 10 y 14 años, y un 35,3 % de adolescentes de entre 15 y 17 años.

Tabla 21: Experiencias de violencia de hombres, mujeres y menores que llegaron a su destino (n=1.015).

	Hombres		Mujeres		Hombres adultos		Mujeres adultas		Menores de 10-14 años		Menores de 15-17 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Experiencia de violencia												
Algún tipo de violencia*	215	48.4	300	47.0	188	49.3	171	60.0	25	36.2	97	35.3
Ningún tipo de violencia*	229	51.6	266	53.0	193	50.7	114	40.0	44	63.8	178	64.7
Total	444	100.0	569	100.0	381	100.0	285	100.0	69	100.0	275	100.0

* Faltan cinco respuestas.

Para medir la prevalencia de violencia, se preguntó a los participantes acerca de una serie de actos abusivos que pudieron sufrir. Aproximadamente la mitad de los que afirmaron haber sufrido abusos denunciaron haber sido abofeteados, empujados o golpeados con algo que podría haberles causado daño. Sin embargo, muchos de los participantes también describieron considerados graves, como estrangulaciones (n=54), cortes con cuchillo (n=39) o disparados con arma (n=14) (véase Tabla 22).

Tabla 22: Participantes que llegaron a su destino y fueron objeto de actos de violencia (n=1.015).

Actos de violencia contra los participantes	n	%
Fueron abofeteados o empujados, o les arrojaron objetos que podrían haberles causado daño*	288	28.4
Fueron empujados	265	26.1
Fueron golpeados con el puño o con algo que pudiera haberles causado daño	227	22.4
Fueron encerrados, arrastrados o golpeados	199	19.6
Fueron atados o encadenados*	26	5.3
Fueron estrangulados a propósito*	54	3.6
Fueron quemados a propósito	9	0.9
Soltaron un perro para que les arañara o mordiera	11	1.1
Fueron forzados a tener relaciones sexuales***	204	20.2
Fueron amenazados con usar una pistola, un cuchillo u otra arma contra ellos**	156	15.4
Fueron heridos con cuchillo*	39	3.9
Fueron disparados con una pistola*	14	1.4

* Falta una respuesta. ** Faltan dos respuestas. *** Faltan seis respuestas.

Hay múltiples respuestas posibles: los totales serán superiores al 100 %.

Los niveles de violencia física y/o sexual mencionados fueron particularmente altos entre las víctimas entregadas como novias/esposas (88,5 %, n=46 de 52), en el sector pesquero (68,4 %, n=188 de 275), el trabajo sexual (50,8 %, n=167 de 329), la servidumbre doméstica (60,5 %, n=23 de 38) y la mendicidad (36,0 %, n=9 de 25).

Más de uno de cada cuatro participantes (26,3 %) vieron a su jefe o traficante atacar físicamente a otra persona. Los informes realizados en base a los participantes del estudio —además de las descripciones de otro estudio sobre camboyanos víctimas de trata para la pesca comercial— cuentan con relatos detallados de asesinatos por parte de los empleadores, por ejemplo, los capitanes de barco, a menudo lanzan a individuos por la borda cuando éstos están demasiado enfermos o heridos como para trabajar. En una muestra de 49 hombres víctimas de trata, el 59 por ciento presenciaron el asesinato de un compañero de tripulación por parte del capitán del barco (cabe destacar que no se sabe cuántos hombres había en los mismos barcos y cuántos podrían haber sido testigos de los mismos hechos)¹³. En otro estudio en el que participaron 24 pescadores víctimas de trata en Tailandia, el 33 por ciento presenciaron abusos físicos contra otras personas por parte de sus superiores, mientras que el 50 por ciento fueron maltratados físicamente¹⁴. Entre los pescadores de nuestra muestra, el 52 por ciento (n=143 de 275) fueron testigos de cómo su jefe o traficante hería físicamente a alguien.

La violencia ocurre habitualmente en el lugar de destino, cuando las personas son objeto de explotación laboral, pero los abusos también pueden ocurrir cuando están de camino a su destino final. Como se ha señalado anteriormente, el 20,7 por ciento de los que no llegaron a su destino afirmaron haber experimentado actos de violencia una o más veces. Entre ellos (85 de los 87 participantes que respondieron a la pregunta), el 12,9 por ciento admitió haber sido abofeteado o empujado, el 8,2 por ciento indicó haber sido golpeado con el puño u algo que pudiera haberle causado daño, y otro 8,2 por ciento haber sido forzado a tener relaciones sexuales.

Abuso sexual

Entre aquellos que llegaron a su destino y respondieron a la pregunta sobre violencia sexual (n=1009), casi uno de cada seis participantes (n=204, 20,2 %) afirmó haber sido forzado a mantener relaciones sexuales mientras estaba sometido a una situación de trata. De estos 204 individuos que transmitieron haber sufrido abusos sexuales, 198 (97,1 %) eran mujeres y seis (2,9 %) hombres.

Entre los participantes que respondieron a la pregunta (n=1.094 de 1.102), el 32,2 % de las mujeres y el 1,5 % de los hombres hablaron de violencia sexual. Entre los menores de 18 años, el 8,9 % (n=7 de 69) de las personas de 10 a 14 años afirmaron haber sido objeto de violencia sexual, tal y como lo hizo el 21,8 % (n=67 de 275; falta 1 respuesta) de los jóvenes de 15 a 17 años.

Entre las mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual (n=327), casi la mitad (43,1 %, n=141 de 327; falta 1 respuesta) informó sobre abusos sexuales. Las mujeres también hablaron de abuso sexual en otros sectores, como el trabajo

doméstico (16,6 %, n=6/ de 6) y la agricultura (13,5 %, n=5 de 37).

Los siete hombres que sufrieron abusos sexuales fueron objeto de trata en el sector pesquero (n=5) o el trabajo sexual (n=1), y uno no llegó a su destino (n=1).

También informaron sobre abusos sexuales aquellos que no pudieron llegar a su destino: seis de las 68 mujeres participantes (9,0 %; falta 1 respuesta) que no llegaron a su destino se vieron obligadas a tener relaciones sexuales.

Autores

Se pidió a los participantes que clasificaran al autor que abusó de ellos física o sexualmente en una de las siguientes categorías: (a) los que poseían o gestionaban su lugar de trabajo (“empleador”); (b) quienes los reclutaron y/o transportaron y los vendieron (“traficante”); y los que no pertenecían a la categoría (a) o (b) (por ejemplo, los compañeros de trabajo, la policía, los clientes, etc.). Entre los que informaron haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual, llegaron a su destino y proporcionaron información sobre los autores (n=481), afirmaron que el autor de la violencia era habitualmente el propio empleador (35,8 %, n=172 de 481) o el traficante (28,1 %, n=135 de 481).

A los participantes que fueron víctimas de sexo forzado se les pidió que identificaran a sus agresores. Entre los que llegaron a su destino y fueron forzados a tener relaciones sexuales (n=204), casi todos afirmaron que su agresor fue “un cliente” (56,9 %, n=116), “un empleador” (31,8 %, n=64), su “marido/pareja” (21,6 %, n=44) y “el tratante” (21,1 %, n=43). Estas cifras sobre los autores de los abusos reflejan, en cierta medida, la proporción de mujeres objeto de la trata en determinados sectores (por ejemplo, en el trabajo sexual o como novias/esposas), ya que la mayoría de las víctimas de violencia sexual en el lugar de destino eran mujeres (n=198).

Entre los siete participantes que fueron objeto de violencia sexual y no llegaron a su destino, seis fueron forzados a tener relaciones sexuales por el traficante y uno por parte de otra persona.

Frecuencia de los abusos

Entre los participantes que hablaron de violencia en los lugares de tránsito y destino (n=498) y que proporcionaron información sobre su frecuencia, la violencia fue una experiencia “habitual” para las personas abusadas por parte de su marido (77,1 %, n=37 de 48), un cliente (69,2 %, n=65 de 94) o el personal de seguridad (40,9 %, n=36 de 88).

Amenazas

Casi la mitad de los participantes (46,0 %, n=467 de 1015) que llegaron a su destino fueron personalmente amenazados con violencia durante la situación de trata. Además, el 12,9 por ciento de los participantes (n=131 de 1015) informaron que alguien les amenazó con hacer daño a un familiar o alguien muy cercano.

Las amenazas —especialmente aquellas destinadas a dañar a familiares— y la intimidación son un método particularmente eficaz para mantener el control sobre las personas en situación de trata. Las víctimas de trata entienden que sus traficantes conocen la ubicación de su hogar o incluso pueden ser de su misma población y podrían provocar problemas a sus familiares muy fácilmente. De este modo, la sensación de aprisionamiento de una víctima de trata puede parecer insuperable. También se debe señalar que, en muchos casos de trata, las amenazas están relacionadas con la amortización de acuerdos de deuda.

Días y horas de trabajo

Cuando se les preguntó acerca de sus horarios de trabajo, la mayoría (67,5 %) de los participantes que llegaron a su destino de trabajo informaron que trabajaban siete días a la semana (véase Tabla 23). Entre los participantes que trabajaban todos los días y que podían recordar sus horarios de trabajo ($n=449$), el número medio de horas trabajadas era de 13,8 horas ($DE=6,6$) al día. Los que indicaron un mayor número de horas de trabajo se dedicaban a la pesca (18,8, $SD=5,9$), seguido por el trabajo doméstico (15,2, $DE=6,6$). Entre los 1.101 participantes que respondieron a la pregunta sobre el número de horas de trabajo, más de un tercio (39,8 %) indicaron que no tenían horarios de trabajo fijos. Un pequeño porcentaje (2,2 %) ni siquiera sabía cuántas horas trabajaba a diario.

Figura 5: Porcentaje de los participantes que trabajaban siete días a la semana.



Entre los adultos, el número medio de horas trabajadas era de 15,1 al día ($DE=6,4$); en cambio, el número medio de horas trabajadas era de 7,9 ($DE=4,8$) entre los menores.

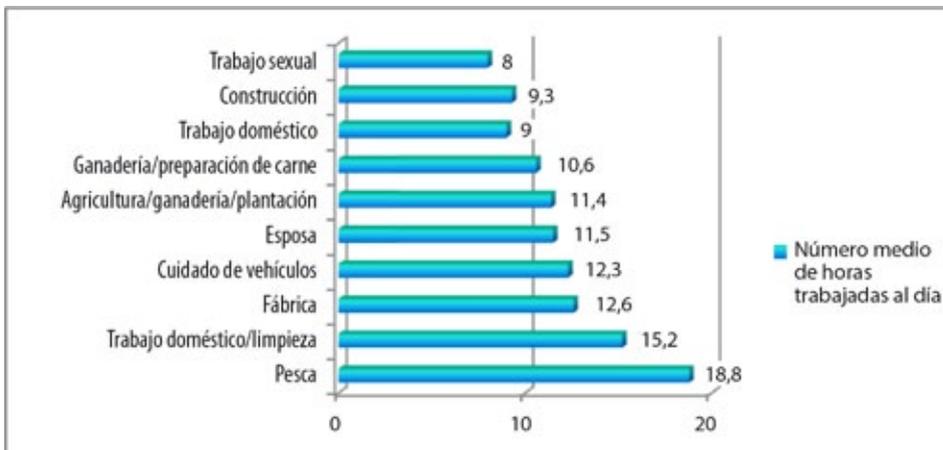
En promedio, los hombres trabajaban más horas que las mujeres, 15,6 horas ($DE=6,7$) y 9,2 horas al día ($SD=5,2$), respectivamente. Esta elevada media entre los hombres se debe probablemente a la gran cantidad de pescadores entre los encuestados, quienes indicaron trabajar casi 19 horas diarias, los 7 días de la semana. Los menores estaban a menudo vinculados a la “mendicidad” callejera, y notificaron trabajar menos horas que los encuestados en otros sectores.

Tabla 23: Número medio de horas trabajadas al día, por sector o tipo de explotación.

Sector o tipo de explotación	Número medio de horas trabajadas al día (horas)	DE (horas)
Pesca	18,8	5,9
Trabajo doméstico/limpieza	15,2	6,6
Trabajo de fábrica	12,6	3,2
Cuidado de vehículos	12,3	1,0
Novias/esposas	11,5	4,7
Agricultura/ganadería/plantación	11,4	2,5
Ganadería/preparación de carne	10,6	0,9
Trabajo doméstico	9,0	--
Construcción	9,3	1,1
Trabajo sexual	8,0	4,5
Ocio/karaoke/masaje/cuidado de uñas	7,6	4,7
Restaurantes/hospitalidad/turismo	6,2	2,2
Venta ambulante/tiendas	6,5	4,1
Mendicidad	4,6	3,0

Cuando se les preguntó si podían cambiar sus horas de trabajo si se “encontraban enfermos o querían coger un día de fiesta”, el 60,7 % (n=616) de los participantes respondieron que no.

Figura 6: Número medio de horas trabajadas por sector/tipo de trata.



Las horas de trabajo abusivas son una bien conocida característica de las condiciones laborales de las víctimas de trata, así como un factor que demuestra el riesgo y la mala salud en el trabajo. Es difícil estimar los efectos físicos y psicológicos de las horas de trabajo abusivas, tal y como ocurre con la trata de personas, especialmente para aquellas personas que viven y trabajan en el mismo espacio físico, como los pescadores y los trabajadores domésticos. De hecho, los participantes de estos dos sectores de trabajo indicaron haber trabajado hasta 24 horas al día, por lo cual el estrés psicológico puede ser crónico e implacable, y podría conllevar graves problemas de salud mental. El riesgo de sufrir lesiones físicas depende en gran medida del tipo de trabajo, y es particularmente pronunciado en trabajos que implican tareas o equipos peligrosos, ya que suponen, en general, un mayor riesgo de sufrir lesiones físicas más graves. Asimismo, los puestos de trabajo que mantienen a las personas en situación de aislamiento durante largos períodos de tiempo, como es el caso del trabajo doméstico, pueden causar un mayor riesgo en la salud mental.

Libertad restringida

Cuando se les preguntó “con qué frecuencia eran libres de hacer o ir a donde quisieran”, el 67,9 % de los participantes respondieron que “nunca” o “casi nunca” tenían tal libertad. Hay que destacar que más de la mitad indicaron que “nunca” eran libres.

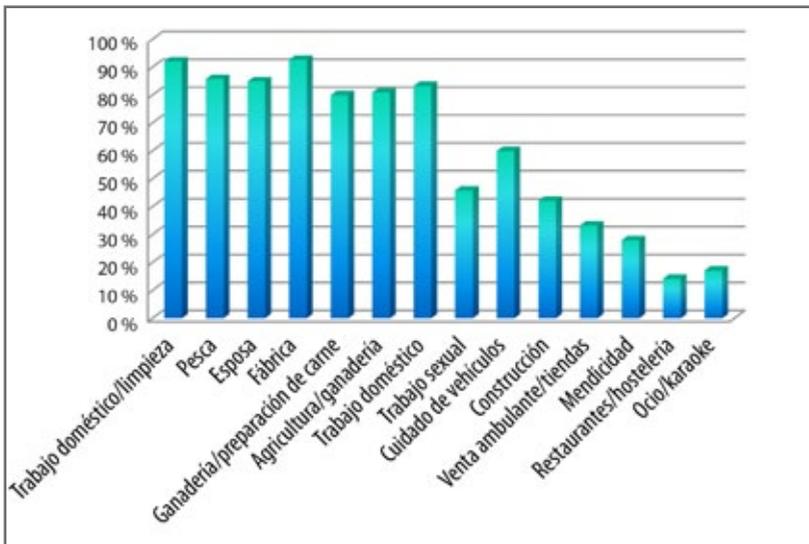
La Tabla 22 muestra la proporción de personas que respondieron que nunca o casi nunca contaron con dicha libertad. Sin embargo, cabe señalar que, en muchos sectores, la mayoría respondieron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres. Los que indicaron que “nunca” fueron libres, y concretamente las víctimas de trata para en trabajos domésticos (86,8 %) y la pesca (80,4 %), eran más propensos a decir que “nunca” eran libres de hacer o ir a donde quisieran (datos que no se muestran en la tabla). En muchos sentidos, este nivel de restricción es bastante lógico, ya que los trabajadores domésticos están a menudo recluidos en las casas de sus empleadores, y los pescadores se encuentran en el mar y físicamente recluidos en una embarcación. Sin embargo, puede que las cifras que indican el número medio de horas trabajadas —15,2 horas entre los trabajadores domésticos y 18,8 entre los pescadores— sugieran una verdad más profunda: que nunca tuvieron tiempo para el descanso o el ocio.

Las participantes objeto de trata con fines de explotación sexual indicaron, en cierto modo, una mayor libertad que el resto de mujeres; aún así, un elevado porcentaje (45,9 %) indicó que “nunca” o “casi nunca” eran libres y el 53,8 por ciento dijo que contaban con dicha libertad “de vez en cuando”, “a menudo” o “siempre”. Esto difiere de un estudio previo realizado en Europa, donde el 87 por ciento de las mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual manifestaron no ser “nunca” o “casi nunca” libres⁴.

Tabla 24: Participantes que respondieron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres de hacer o ir a donde quisieran mientras estaban en situación de trata, por sector o tipo de explotación.

Sector o tipo de explotación	Número de participantes que indicaron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres de hacer o ir a donde quisieran	
	n	%
Trabajo doméstico/limpieza	35	92,1
Pesca	236	85,8
Novias/esposas	45	84,5
Trabajo de fábrica	126	92,7
Ganadería/preparación de carne	5	80,0
Agricultura/ganadería	47	81,0
Trabajo doméstico	5	83,3
Trabajo sexual	151	45,9
Cuidado de vehículos	3	60,0
Construcción	8	42,1
Venta ambulante/tiendas	6	33,3
Mendicidad	7	28,0
Restaurantes/hospitalidad	1	14,3
Ocio/karaoke	5	17,2
Otros	10	83,3
Total	689	67,9

Figura 7: Participantes que indicaron que “nunca” o “casi nunca” fueron libres, por sector de explotación.



La libertad de movimiento restringida, el confinamiento físico o la detención por amenaza —implícita o directa— son indicadores clave de una situación de trata o situación laboral forzosa. En base a los niveles de elección y movimiento restringidos indicados por los participantes, cabe esperar que muy pocos se sintieran capaces de salir de su situación, ya sea temporal o permanentemente. Sin embargo, aún no está clara la distinción entre el nivel real de restricción física o reclusión y las restricciones implícitas (por ejemplo, las amenazas, la intimidación y las deudas).

Los participantes a los que se les restringió la libertad de movimiento y elección eran también mucho más propensos a experimentar algún tipo de violencia. De los 594 participantes que respondieron que “nunca” fueron libres y que respondieron a las preguntas sobre violencia, el 60,1 % (n=357) afirmaron haber experimentado algún acto de violencia física o sexual. Esto contrasta con el 13,9 % (n=19) de los 137 participantes que indicaron que “siempre” tuvieron la libertad de moverse, pero indicaron que estuvieron sometidos a la violencia mientras estaban en situación de trata.

Este tipo de confinamiento estrechamente asociado con el abuso o el “aprimamiento traumático” ha sido analizado en asociación con el Síndrome de Estocolmo y el concepto de “apaciguamiento”¹⁵. El apaciguamiento —que implica “la pacificación, la conciliación y la sumisión” — es una estrategia de supervivencia frente al aprimamiento traumático¹⁵. Estas situaciones y reacciones psicológicas están asociadas con resultados de salud mental deficiente, específicamente con el trastorno por estrés pos traumático.

Consumo forzado de drogas

Una pequeña proporción (6,1 %, n=62 de 1.015) de los participantes que llegaron a su país de destino fueron obligados a consumir drogas o medicamentos mientras fueron objeto de trata. El consumo forzado de drogas era más común entre menores (8,4 %) que entre adultos (4,99 %). Las mujeres (6,5 %) y los hombres (5,6 %) describieron experiencias parecidas a este respecto. Las declaraciones sobre el consumo forzado de drogas era mayor entre las personas objeto de trata con fines de mendicidad (24,0 %) y el trabajo sexual (10,3 %). Sin embargo, los participantes que estaban trabajando en el sector del ocio (6,9 %), la pesca (5,8 %) y las fábricas (1,5 %) también hablaron de dicha obligación.

Consumo de alcohol

Sólo una pequeña parte de los participantes percibían el alcohol como un peligro para la salud, y un 3,2 % (n=32) afirmaron beber a diario. 19 participantes (1,9 %) añadieron que bebían más de cinco bebidas casi todos los días. La mayoría (63,1 %) de los participantes respondieron que nunca habían consumido alcohol mientras se encontraba en situación de trata. Las víctimas de trata con fines sexuales eran más propensas a beber a diario (6,4 %) o beber en exceso (4,9 %), al igual que los 29 participantes objeto de trata en el sector del ocio (el 17,2 % bebe a diario y el 10,3 % bebe en exceso) (véase Tabla 25).

Tabla 25: Frecuencia del consumo de alcohol mientras se encontraban en situación de trata (n=1.015).

Frecuencia del consumo	n	%
Nunca bebía alcohol	640	63,0
Bebía algunas veces al año	106	10,4
Bebía algunas veces al mes	102	10,1
Bebía algunas veces a la semana	70	6,9
Bebía a diario	32	3,2
Bebía más de cinco bebidas casi a diario	19	1,9
Se niega a responder	29	2,9
No lo sabe/No lo recuerda	17	1,7

Exposiciones laborales peligrosas durante la situación de trata

A los participantes que llegaron a su destino (n=1.015) se les preguntó acerca de varios riesgos laborales asociados con sus puestos de trabajo. Una gran parte de los participantes en situación de trata que se dedicaban al trabajo sexual, el trabajo doméstico, los restaurantes/la hospitalidad, la construcción y el trabajo de fábrica, y la agricultura y la pesca (n=873) informaron que sus puestos de trabajo implicaban “agacharse o levantarse repetidamente” (44,6 %) y “levantar objetos pesados” (39,8 %).

Tabla 26: Riesgos de salud laboral durante su situación de trata.

Riesgo laboral	n	%
Agacharse o levantarse repetidamente	389 (de 873)	44,6
Levantar objetos pesados	347 (de 873)	39,8
Uso de instrumentos afilados	263 (de 873)	30,1
Trabajar con productos químicos agresivos (soluciones de limpieza)	163 (de 873)	18,7
Trabajar con polvos o fibras	55 (de 161)	34,2
Operar maquinaria grande o pesada	25 (de 155)	16,1
Trabajo en altura	15 (de 155)	9,7
Trabajar con carne cruda	3 (de 63)	4,8
Trabajar en o cerca de pesticidas	7 (de 63)	11,1
Plataformas de trabajo inestables o pesadas	226 (de 275)	82,2
Trabajar en costas rocosas o en lugares lejanos a la costa	179 (de 275)	65,1
Trabajar en buques de pesca pequeños, inestables y mal mantenidos	94 (de 275)	34,2
Usar equipos de pesca mal mantenidos o ninguno	77 (de 275)	28,0
Ningún equipo de seguridad o supervivencia, si alguno	170 (de 275)	61,8
Trabajar muchas horas bajo el sol, el frío o la humedad sin descanso	266 (de 275)	96,7
Trabajar cerca de carreteras con tráfico	46 (de 111)	41,4
Trabajar muchas horas bajo el sol sin descanso	51 (de 111)	46,0
Trabajar muchas horas con frío o humedad sin descanso	31 (de 111)	27,9

*Puede haber más de una respuesta; los totales pueden ser superiores a 100.

Hubo indicios de riesgos laborales específicos en la mayoría de los sectores de explotación. Las personas que se dedicaban a la pesca eran muy propensas a permanecer “largas horas bajo el sol, el frío o la humedad sin ninguna interrupción” (96,7 %), trabajar en “plataformas de trabajo inestables o pesadas” (82,2 %) y “trabajar en costas rocosas o en lugares alejados de la costa” (65,1 %). Una vez analizadas las personas objeto de trata para la pesca, la mayoría informaron que debían “agacharse o levantarse repetidamente” (94,9 %) y que debían “levantar objetos pesados” (93,5 %).

La mayoría de los trabajadores domésticos describieron riesgos profesionales tales como “agacharse o levantarse repetidamente” (68,4 %) y “levantar objetos pesados” (55,3 %). Los participantes objeto de trata con fines agrícolas hablaron de “largas horas bajo el sol sin ninguna interrupción” (53,5 %), así como de “agacharse y levantarse repetidamente” (22,4 %). Los trabajadores de fábrica dijeron que “trabajaban con polvo o fibras” (33,8 %), tenían que “trabajar con soluciones de limpieza o productos químicos muy agresivos” (33,1 %) y tenían que “utilizar instrumentos afilados” (23,5 %). Cuando se les preguntó acerca de los equipos de protección, muchas mujeres víctimas de trata con fines sexuales hablaron de los riesgos asociados con la falta de condones y/o anticonceptivos (véase Tabla 27).

El trabajo forzado implica generalmente tareas de poca cualificación y alto riesgo, además de una formación inadecuada, la escasez de equipos de protección individual y el limitado o la falta de normas de salud y seguridad en los lugares de trabajo. Aunque se hayan realizado muy pocas o ninguna investigación sobre los riesgos de salud laboral de la población de trabajadores migrantes de la subregión del Gran Mekong, las exposiciones a los riesgos laborales y los ambientes de trabajo peligrosos son muy comunes. Además, los riesgos profesionales de estos sectores ya de por sí cargados de riesgos son exponencialmente peores para las personas que son objeto de trata y que se encuentran en circunstancias extremas de explotación y abuso, situaciones en las que su seguridad y su vida están probablemente menos valoradas.

Equipo de protección individual

Tabla 27: Equipo de protección individual para el trabajo.

Ropa de protección individual	<i>n</i>	%
Gorro	171 (de 339)	50,4
Casco	32 (de 155)	20,7
Guantes	247 (de 538)	45,9
Chaleco salvavidas	74 (de 275)	26,9
Mascarilla de protección	36 (de 268)	13,4
Gafas de seguridad o protección ocular	15 (de 155)	9,7
Ningún equipo de protección	384 (de 1,015)	37,8
Zapatos o botas*	34 (de 1,015)	3,4
Condones*	220 (de 1,015)	21,7
Píldoras anticonceptivas*	8 (de 1,015)	0,8
Delantal*	8 (de 1,015)	0,8

Equipo de protección individual	n	%
Cuchillo*	9 (of 1,015)	0,9
Camisa*	2 (of 1,015)	0,2
Abrigo*	2 (of 1,015)	0,2
Spray de pimienta*	2 (of 1,015)	0,2

* Resultados de la opción "Otros, especificar". El denominador incluye a todos los individuos que llegaron a su destino, excepto en el caso de los "Condomes" (sólo las trabajadoras sexuales incluidas en el denominador).

A los participantes se les preguntó si se les proporcionaban equipos para su salud y seguridad en el trabajo. A los participantes se les ofreció una lista de equipos básicos comúnmente asociados con el tipo de trabajo que habían llevado a cabo (por ejemplo, cascos para los trabajadores de la construcción, guantes y sombreros para los trabajadores agrícolas, chalecos salvavidas, sombreros y guantes para los pescadores, etc.). Más de un tercio de los participantes (37,8 %) no recibieron ningún equipo de protección para su trabajo. Los equipos o dispositivos de protección más mencionados por sectores fueron: condones (66,9 %) (trabajadoras sexuales), sombreros de sol (50,3 %) (para la agricultura, la ganadería y la pesca), guantes (45,9 %) (para la agricultura, la construcción y la pesca), y chalecos salvavidas (26,9 %) (pescadores). Sólo 34 personas (12,8 %) informaron haber recibido máscaras protectoras, a pesar del elevado número de trabajadores de fábrica (n=136), trabajadores agrícolas (n=58) y trabajadores de la construcción (n=19).

No está claro cómo se podrían relacionar estas tasas del uso de equipos de protección con la población general de trabajadores migrantes que trabajan en los mismos sectores de esta región. Sin embargo, sería razonable especular que a los trabajadores explotados se les ofrecen menos equipos de protección, y por lo tanto, están más expuestos a los riesgos laborales y por períodos más largos. Una amplia bibliografía sanitaria laboral pone de relieve las distintas posibles consecuencias sanitarias a largo plazo (pérdida de partes del cuerpo, enfermedades pulmonares, intoxicación por plaguicidas y ahogamiento) que se podrían prevenir con equipos de protección individual adecuados, pero se han llevado a cabo muy pocas investigaciones con trabajadores migrantes en países de bajos y medios ingresos^{16,17}.

Los sectores laborales que son físicamente exigentes y requieren actividades de alta intensidad, como la pesca, la construcción, la agricultura, la ganadería y el trabajo sexual, con frecuencia plantean graves riesgos para la salud, especialmente en situaciones de trabajo forzoso. Como se ha señalado anteriormente, para las personas en situaciones de trata o en situaciones de extrema explotación estos riesgos relacionados con el trabajo se pueden ver agravados por estos motivos: largas horas de trabajo; pocos descansos, lo que conduce al agotamiento; tener muy pocos o ningún equipo de protección; formación limitada o ninguna (por ejemplo, para los trabajos que implican equipos pesados, productos químicos peligrosos, actividades repetitivas y contaminantes en el aire), en un idioma que el trabajador entienda; falta de protección contra el calor, el frío u otros elementos medioambientales; y

pocas o ninguna inspección de salud y trabajo. Además, y como se indica en las tablas de violencia, estos riesgos están frecuentemente acompañados de violencia, castigo físico y privación, que pueden poner a las personas en un mayor nivel de riesgo a errores y accidentes peligrosos.

Uso del condón entre las mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual

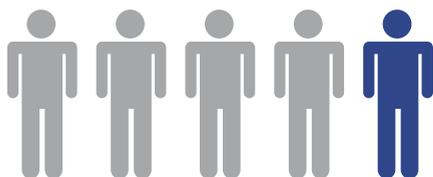
Más de la mitad de las mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual usaban siempre condones con sus clientes mientras se encontraban en situación de trata (véase Tabla 28). De todas formas, no está claro con qué precisión hablaron las mujeres y las niñas de este estudio con respecto a la regularidad del uso del condón, ya que la “conveniencia social” ha podido dar lugar a un exceso de utilización del término “siempre”. El uso del condón también parece estar vinculado con la violencia. El doble de mujeres que no sufrieron violencia informaron que “siempre” usaban preservativos, en comparación con las mujeres que hablaron de violencia (75,5 % vs 35,8 %).

Tabla 28: Frecuencia del uso del condón entre las participantes sexualmente explotadas

Uso del condón con los clientes	n	%
A veces	71	22.2
A menudo	31	9.6
Siempre	179	55.2
Nunca	14	4.3
Se negó	6	1.9
No lo sabe	4	1.2
Datos perdidos	18	5.6
Total	323	100.0

Lesiones relacionadas con el trabajo

Se preguntó a los participantes cuántas veces tuvieron una “lesión grave como consecuencia de su trabajo o de accidentes de trabajo”^{vii} (véase Tabla 29).



Uno de cada cinco participantes resultaron **gravemente** heridos mientras trabajaban.

Más de uno de cada cinco (21,9 %) participantes que llegaron a su destino indicaron que fueron gravemente heridos al menos una vez mientras trabajaban. Entre los 222 participantes que describieron alguna lesión, las lesiones más comunes fueron: cortes profundos/largos (51,8 %, n=115), daños en la piel (38,3 %, n=85), y lesiones de espalda o cuello (30,2 %, n=67). Asimismo, se notificó una lesión grave en la cabeza en aproximadamente uno de cada seis participantes (16,7 %, n=37). El 8,1 % de los

^{vii} Nota: A los participantes se les preguntó acerca de lesiones graves; por lo tanto, las tasas de lesiones más generales (menos graves) son probablemente mayores.

participantes (n=18 de 222) hablaron de lesiones oculares, y el 4,1 %, de alguna fractura (n=9/222). 49 personas dijeron que sufrieron heridas “muchas veces”.

7 participantes (3,2 %) informaron que habían perdido alguna parte del cuerpo.

Sólo 62 de los 222 que dijeron haber sufrido lesiones recibieron algún tipo de atención médica. El tratamiento más frecuentemente recibido fue para las fracturas de huesos (36,4 %, n=4 de 11) y otras lesiones accidentales (29,2 %, n=14 de 48).

Los pescadores fueron, con diferencia, los más propensos a sufrir alguna lesión. Casi la mitad de los hombres objeto de trata en el sector pesquero (46,6 %, n=128 de 275) notificaron al menos una lesión grave. Los siguientes más propensos a hablar de lesiones eran los trabajadores de la construcción, ya que el 26,3 % (n=5 de 19) sufrió al menos una lesión seria. Más de 1 de cada 10 participantes implicados en el trabajo sexual (10,3 %) o el ocio (10,3 %) informaron haber experimentado al menos una lesión grave como parte de su trabajo.

Tabla 29: Número de veces que los participantes resultaron gravemente heridos como resultado del trabajo o accidentes de trabajo

Lesión descrita	n	%
Herido una vez	100	9.9
Herido algunas veces	73	7.2
Herido muchas veces	49	4.8
Ninguna lesión	760	74.9
No trabajaba	1	0.1
No lo recuerda	32	3.2
Total	1,015	100.0

Periodo de tiempo en situación de trata^{viii}

Hubo un amplio rango de tiempo durante el cual los participantes se encontraron en situación de trata. La duración media de la situación de trata fue de 116,5 días (DMA=91,5), es decir, más de tres meses (véase Tabla 30). La duración media fue mayor entre los hombres (193 días; DMA=167) que entre las mujeres (91,5 días; DMA=69,3). La elevada media de los hombres se debe probablemente a los largos períodos que una gran muestra de hombres pasó en embarcaciones de pesca, ya que la duración de explotación media era la más larga entre estos hombres, siendo de aproximadamente 16 meses (487,3 días; DMA=350,3). La siguiente duración media más larga correspondía a las personas entregadas como novias/esposas (183, DMA=122), así como a los trabajadores domésticos (122, DMA=107).

^{viii} En esta sección, utilizamos la mediana y la desviación media absoluta (DMA) en lugar de la media. La mediana es el valor medio de las respuestas proporcionadas (la mitad de las respuestas se encuentran por debajo de la mediana y la otra mitad por encima). La duración media en situación de trata fue significativamente influenciada por los valores extremos de algunos sectores (por ejemplo, la pesca y el trabajo doméstico); por lo tanto, la mediana refleja con mayor precisión el número de días en situación de trata para la mayoría de los participantes, en función del sector.

Tabla 30: Tiempo transcurrido en situación de trata, por sector

Sector de explotación	Mediana (días)	Desviación Media Absoluta
Pesca	487.3	350.3
Novias/esposas	183	122
Trabajo doméstico/limpieza	122	107
Trabajo de fábrica	91.5	41
Trabajo sexual	91.5	61
Cuidado de vehículos	61	0
Agricultura/ganadería/plantación	61	41
Venta ambulante/tiendas	61	58
Restaurantes/hospitalidad/turismo	45.8	16.5
Otros	34.8	14.8
Ocio/karaoke/masaje/cuidado de uñas	30.5	21.5
Construcción	30.5	23.5
Mendicidad	30.5	26.5
Trabajo doméstico	29	16.5
Ganadería/preparación de carne	10	21.5
Total	116.5	91.5

La persona que más tiempo pasó explotada fue una mujer objeto de trata en China que trabajaba en el sector de la agricultura (6605 días, o más de 18 años), que recibió servicios pos trata en Vietnam. Entre los hombres, el individuo que pasó más tiempo bajo la explotación laboral fue un hombre víctima de trata en Malasia que trabajaba en el sector pesquero (3744 días, o más de 10 años), y que recibió servicios pos trata en Camboya.

Entre los menores, un joven de 16 años que recibió servicios pos trata en Tailandia fue explotado como mendigo durante 3287 días (o aproximadamente 9 años).

Es muy importante reconocer las dificultades asociadas con la huída de un barco pesquero comercial de larga distancia, lo que sin duda contribuyó a los largos períodos que los pescadores permanecieron en situaciones de trata. Normalmente, los barcos pesqueros de larga distancia no tienen que regresar a la orilla durante años, ya que existen buques más pequeños que operan entre la costa y el barco pesquero para recoger la captura y llevar los suministros, por lo que es casi imposible escapar. Además, incluso cuando los barcos llegan cerca de la costa, escaparse sería imposible para los pescadores que vienen de provincias del noroeste de Camboya (sin litoral) y generalmente no saben nadar (según los estudios, cada día mueren ahogados seis niños camboyanos)¹⁸.

Condiciones de vida y trabajo de las personas objeto de trata

condiciones de vida y trabajo con el fin de analizar los potenciales peligros para la salud. Más de tres cuartas partes de los participantes que llegaron a su destino de trabajo (78,1 %, n=793 de 1015) hablaron de algún aspecto relacionado con las malas condiciones de vida. Las condiciones adversas más frecuentes fueron: tener “muy pocas o ninguna pausa para descansar” (56,1 %); vivir/dormir en habitaciones hacinadas (44,6 %); y no tener donde dormir o dormir en el suelo (36,4 %) (véase Tabla 31).

Tabla 31: Condiciones de vida y trabajo

Condiciones de vida y trabajo	n	%
Ningún o muy pocos descansos	569	56.1
Vivir y dormir en habitaciones hacinadas	453	44.6
Ningún lugar para dormir/dormir en el suelo	369	36.4
Sobreexposición a la luz solar o al frío	359	35.4
Deficientes condiciones higiénicas	307	30.3
Ninguna ropa limpia	302	29.8
Alimentación insuficiente	241	23.7
Agua inadecuada para beber	216	21.3
Encerrados en una habitación	198	19.5
Dormir en condiciones peligrosas	144	14.2
Otros riesgos	117	11.5

*Hay múltiples respuestas posibles.

La mayor parte de los participantes que describieron condiciones de vida deficientes fueron objeto de trata en los sectores de la agricultura/la ganadería y la pesca. Un total de 144 personas dijeron que dormían en “condiciones peligrosas”, generalmente hombres que realizaban trabajos de pesca (39,3 %, n=108 de 275).

Cabe destacar que cerca de 200 personas (19,5 %) transmitieron haber sido “encerradas en una habitación” mientras se encontraban en situación de trata; esto fue más común entre las personas que se dedicaban al trabajo sexual (27,7 %, n=91 de 329), al trabajo doméstico (23,7 %, n=9 de 38) y al sector pesquero (22,9 %, n=63 de 275). Cuando se les preguntó acerca de la disponibilidad de alimentos, el 23,7 % (n=241) de los participantes dijeron que no se les proporcionaba suficiente comida. La falta de alimentos era más habitual entre los que trabajaban en el sector pesquero (44,0 %, n=121 de 275) y los trabajadores domésticos (47,4 %, n=18 de 38).

Tanto las condiciones de trabajo y de vida de las personas objeto de trata son, al menos, insalubres, y muy menudo, peligrosas, además de estar llenas de factores de estrés, incluyendo circunstancias de amenaza para la vida. Incluso cuando no estaban trabajando, los participantes no se sentían seguros o cómodos. Aunque se supone que el “hogar” debería proporcionarles cierto descanso, las personas que son objeto de trata raramente vuelven a una residencia segura y tranquila al final del día, y a menudo pasan sus horas no laborales en condiciones poco higiénicas,

incómodas y de hacinamiento.

A pesar de que muchos trabajadores migrantes sufren condiciones de vida deficientes, las personas que se encuentran en alguna situación de trata tienen más probabilidades de sufrir graves privaciones y condiciones de vida inseguras.

Finanzas de la trata

Muy pocos participantes (37,4 %, n=380 de 1015) recibieron pagos en efectivo mientras fueron objeto de trata^{ix}. Una proporción mucho mayor de menores indicaron haber recibido pagos en efectivo (66,6 %, n=229 de 344) en comparación con los adultos (22,5 %, n=151 de 671). Una proporción ligeramente superior de mujeres recibió pagos en efectivo (43,8 %, n=249 de 569) en comparación con los hombres (29,4 %, n=131 de 446).

Los sectores con una gran proporción de participantes que no recibieron pagos en efectivo incluyeron: la agricultura (96,6 %, n=56 de 58), las novias/esposas (96,2 %, n=51 de 53) y los trabajadores de fábrica (80,2 %, n=109 de 136). Ninguno de los cinco participantes que trabajaron en el cuidado de vehículos fue pagado.

Entre los que fueron pagados y podían recordar la cantidad (n=291), las trabajadoras del sexo (n=106) se llevaron a casa la mayoría de la paga, con una media de 37,80 USD por día (SD=USD 67). Los sectores que menos pagaron a sus trabajadores fueron la agricultura (n=2), con 1,70 USD por día (SD=1,70 USD) (n=2), y la pesca (n=79), con 3 USD por día (SD=5,70 USD).

Documentos de viaje y de identidad

La mayoría de los participantes (69,0 %, n=700) indicaron que no tenían documentos de viaje o de identidad.

Entre los participantes que afirmaron tener documentos, el 39,4 % (n=124) dijo que alguien les quitó sus documentos. El número de documentos incautados fue mayor entre las mujeres (48 %, n=85 de 177) que entre los hombres (28,3 %, n=39 de 138); además, la confiscación de documentos fue mayor entre los adultos (48 %, n=85 de 177) que entre los menores (28,3 %, n=39 de 138).

La confiscación de documentos es una característica muy común de la trata de personas, especialmente cuando implica cruzar una frontera internacional. Retener los documentos de estos individuos puede ser una táctica muy eficaz para controlar a las personas e impedir que traten de escapar. A veces, los traficantes advierten a las víctimas de trata que si les encuentran sin los documentos apropiados serán arrestados o probablemente detenidos por períodos indeterminados.

Acceso a la atención médica mientras eran objeto de trata

Se preguntó a los participantes si alguna vez necesitaron atención médica mientras

^{ix} Nota: Los pagos en efectivo fueron debidamente calculados (frente a, por ejemplo, las remesas mencionadas o el dinero que poseían), porque tener dinero representa poseer fondos para poder satisfacer sus necesidades, y a menudo, refleja si los participantes fueron pagados o no (frente a lo que se les pudo decir acerca del dinero enviado a casa o el dinero prometido).

fueron objeto de trata, y más de un tercio (40,8 %, n=414 de 1015) respondieron en afirmativo. La proporción de personas que indicaron haber necesitado algún tipo de atención médica fue mayor entre los menores (51,7 %) que entre los adultos (35,2 %), y también entre las mujeres (49,2 %) frente a los hombres (30,0 %).

Los sectores en los que se necesitó más atención médica eran el trabajo sexual (59,6 %), las novias/esposas (58,5 %), la pesca (32,0 %) y el trabajo doméstico (31,6 %). Cerca del 52,5 % de los usuarios de los servicios pos trata de Tailandia, el 36,1 % de Vietnam y el 28,9 % de Camboya notificaron haber necesitado atención médica mientras estaban en situación de trata. Estas cifras pueden, en cierta medida, reflejar los sectores en los que los usuarios fueron víctimas de trata, así como las prácticas y las percepciones generales de las personas con respecto a la atención médica, lo que podría conducir a infradeclaraciones.

Atención médica recibida mientras se encontraban en situación de trata

Alrededor del 11,3 por ciento de todos los participantes afirmaron haber visto a un profesional médico (un médico/a o una enfermero/a). Entre las 414 personas que necesitaron asistencia médica durante su situación de trata (el 40,8 % de todos los participantes que llegaron a su destino), el 39,1 por ciento dijo que habían contactado con un médico/a o una enfermero/a, mientras que el 33,7 por ciento vio a un médico/a y el 20,8 por ciento vio a una enfermero/a. Aproximadamente una cuarta parte (23,0 %) de los que necesitaron atención médica dijeron que el dueño o el encargado les proporcionó alguna medicación. De todos modos, no está claro qué tipo de medicamentos se les proporcionaban por parte de los empleadores.

Curiosamente, el 5,1 por ciento de todos los participantes objeto de trata dijeron que habían recibido controles médicos periódicos organizados por su empleador o traficante. Se trataba principalmente de mujeres dedicadas al trabajo sexual (10,9 %, n=36 329). Como tal, las mujeres informaron de más controles médicos periódicos por parte de sus empleadores o traficantes, en comparación con los hombres (del 7,2 al 2,5 por ciento).

Es muy importante reconocer el potencial papel de los proveedores de salud tanto en la provisión de atención médica pos trata como en la identificación de las personas que podrían haber sido objeto de trata al diseñar los mecanismos de referencia para las personas supervivientes de la trata.

La identificación de posibles casos de trata en un establecimiento médico puede proporcionar un importante recurso para que las personas en esta situación puedan huir de la situación de trata. Sin embargo, esto conlleva ciertas dificultades. En el caso de este estudio, por ejemplo, no sabemos con exactitud cuántos de los que recibieron atención de un profesional médico solicitaron ayuda para salir de su situación de trata o a cuántos se les preguntó sobre su situación.

Embarazo e interrupción del embarazo durante la trata

De las 467 mujeres mayores de 15 años que respondieron a las preguntas, 35 (7,5 %) afirmaron estar embarazadas mientras fueron objeto de trata. Las trabajadoras del sexo (n=15) y las novias/esposas (n=11) fueron las que más embarazos notificaron. Aproximadamente un tercio de las encuestadas mayores de 15 años (34,3 %, n=12 de 35) tuvieron algún aborto.

Salir de la situación de trata

Cuando se les preguntó si alguna vez habían intentado salir de su situación de trata, 56,7 % (n=583) de todos los encuestados respondieron que sí. A los participantes que respondieron que no, se les preguntó por qué no lo habían intentado. Las razones más comunes de los 445 participantes que no trataron de salir de esa situación fueron: “estaba ganando dinero” (44,7 %, n=199 de 445), “tenía miedo a perderme” (33,3 %, n=148 de 445), “tenía miedo a ser arrestado” (32,1 %, n=143 de 445) y “no tenía documentos de identidad” (27,0 %, n=120 de 466).

La mayoría de los participantes escaparon de la situación de trata gracias a la intervención de la policía, los guardias fronterizos o los funcionarios del gobierno (71,1 %, n=784 de 1102) (véase Tabla 32). Más de una quinta parte de los participantes se escaparon sin ninguna ayuda (28,9 %, n=318 de 1102). El quince por ciento (15,4 %, n=170 de 1102) dijeron que su huida fue facilitada por una organización no gubernamental (véase Tabla 32).

Aunque los mensajes de sensibilización para alertar a la población sobre el problema de la trata de personas hayan aumentado durante la última década, sólo una pequeña parte de los participantes escapó gracias a la ayuda de sus vecinos (5,1 %, n=56 de 1102), familiares o amigos (4,2 %, n=46 de 1102).

Tabla 32: Medios para salir de la situación de trata

Medios para salir de la situación de trata*	n	%
Con la ayuda de la policía/los guardias fronterizos/los funcionarios del gobierno	784	71,1
Escaparon	318	28,9
Con la ayuda de una ONG	170	15,4
Con la ayuda de sus vecinos/gente que vivía alrededor	56	5,1
Con la ayuda de familiares, amigos o conocidos	46	4,2
Un compañero escapó y denunció al empleador/tratante	20	1,8
El gerente liberó al participante/finalización del contrato	14	1,3
Otros	35	3,2

*Hay varias respuestas posibles; el total será superior al 100 %.

Historia de la detención

Casi una cuarta parte (24,1 %) de los participantes fueron detenidos (detención de inmigrantes o prisión). Las detenciones fueron más comunes entre los hombres (28,5 %) que entre las mujeres (20,7 %). La proporción de detenidos era considerablemente superior entre los adultos (30,3 %) que entre los menores (12,2 %).

No es nada inusual que las personas sean liberadas de una situación de trata y se encuentren detenidas. Existen varios relatos de víctimas de trata detenidas y encarceladas por su condición de inmigrantes u otros delitos.

Tabla 33: Detenciones en los principales países de destino (n=257)

País de explotación	<i>n</i>	%
China	88 (de 330)	26.7
Indonesia	62 (de 129)	48.1
Malasia	40 (de 52)	76.9
Islas Mauricio	2 (de 33)	6.1
Tailandia	47 (de 448)	10.5

Incluso aunque en las residencias pos trata puedan tener intenciones benéficas, en muchos casos las víctimas se sienten controladas (ej.: entornos de asilo cerrados, centros de refugiados o de apoyo a los inmigrantes). Las personas objeto de trata pueden ser detenidas de varias formas, con diferentes prácticas en función del país.

Etapa posterior a la trata

Síntomas de salud física

Se pidió a los participantes que clasificaran su salud de mala a muy buena durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. Uno de cada seis participantes (15,6 %) respondió que su salud era “mala”. En general, los adultos transmitieron un estado de salud peor que los menores, ya que el 42,3 % de los menores dieron por “bueno” o “muy bueno” su estado de salud, en comparación con el 25,9 % de los adultos. Las personas objeto de trata en el sector pesquero (26,9 %, n=74 de 275) y el trabajo doméstico (18,4 %, n=7 de 38) indicaron elevados niveles de mala salud. Sin embargo, el número de encuestados era pequeño en muchos sectores, por lo que no se pueden sacar conclusiones sólidas acerca de las percepciones de salud recibidas.

Se pidió a los participantes (n=1102) que identificaran las partes del cuerpo donde sentían dolor o tenían alguna lesión. La mayoría (64,3 %, n=708) identificaron al menos una zona de dolor o lesión; el 3,6 % (n=40) identificaron al menos cinco. Las partes del cuerpo donde los participantes más dolor o lesiones tuvieron eran: la cabeza (26,2 %, n=289), el estómago (19,5 %, n=215) y la espalda (13,6 %, n=150). Asimismo, se pidió a los participantes que describieran cuánto dolor o malestar sentían en varias partes de su cuerpo. Los dolores más “graves” o “bastante graves” transmitidos fueron dolores de cabeza y de espalda (véase Tabla 34).

Tabla 34: Síntomas de salud física descritos por los participantes (n=1102)

Problemas de salud recientes	Gravedad del problema					
	En absoluto/un poco		Bastante		Intenso	
	n	%	n	%	n	%
Dolores de cabeza	875	79,4	161	14,6	66	6,0
Dolores de espalda	906	82,2	135	12,3	61	5,5
Problemas de piel	967	87,8	81	7,4	54	4,9
Náuseas	963	87,4	89	8,1	50	4,5
Agotamiento	906	82,2	145	13,2	50	4,5
Mareos	887	80,5	167	15,2	48	4,4
Problemas dentales	999	90,7	57	5,2	46	4,2
Problemas de memoria	937	85,0	128	11,6	37	3,4
Tos persistente	1008	91,5	59	5,4	35	3,2
Problemas gastrointestinales	1023	92,8	49	4,4	30	2,7
Pérdida de peso	958	86,9	117	10,6	27	2,4
Desmayos	1090	98,9	9	0,8	4	0,4

Los sectores laborales con mayor proporción de participantes que indicaron heridas o lesiones en al menos una parte de su cuerpo fueron: las “novias/esposas” (88,7 %), la agricultura (75,9 %), la pesca (74,6 %) y la construcción (73,7 %).

A las personas que hablaron de dolor, lesiones o algún problema de salud reciente (n=990) se les preguntó si querían ver a un médico/a o una enfermero/a. De los 957 encuestados que respondieron a la pregunta, la mitad (49,6 %) notificó ya haberlo hecho^x.

Este estudio no incluía el diagnóstico clínico definitivo de las lesiones o los problemas médicos de los encuestados, por lo que las posibles causas de dolor o lesión siguen sin estar claras. Dada la exposición de los participantes a abusos físicos y riesgos laborales, una parte de las lesiones descritas pueden haber estado directamente vinculadas con la violencia o los accidentes laborales. Además, el dolor y la enfermedad (física) pueden ser síntomas comórbidos asociados con una mala salud mental. De hecho, los efectos psicológicos de la exposición al trauma crónico pueden estar vinculados con los síntomas físicos que emergen rápidamente después de la exposición, y también pueden estar asociados con enfermedades a largo plazo. Por ejemplo, los estudios han demostrado que el estrés extremo que afecta a la capacidad de adaptación de un individuo puede estar estrechamente vinculado con enfermedades a largo plazo como resultado de la “carga alostática” o el “desgaste” en el cuerpo, en respuesta a repetidos ciclos de estrés¹⁹.

Embarazo

20 mujeres en edad reproductiva afirmaron estar embarazadas en el momento de la entrevista (4,5 %, n=21 de 467). 8 de las mujeres que informaron estar embarazadas en el momento de la entrevista fueron explotadas sexualmente, 1 en la agricultura, 1 en el trabajo doméstico, 3 en fábricas y 7 como novias o esposas, aunque no llegaron a su destino. En ocasiones, las mujeres fueron entrevistadas al llegar a un servicio o antes de realizar evaluaciones médicas o pruebas de embarazo, por lo cual se ha podido excluir a mujeres actualmente embarazadas.

De las 190 mujeres en edad reproductiva que sufrieron algún tipo de violencia sexual mientras eran objeto de trata, 14 notificaron estar embarazadas; esta tasa de embarazo era mayor que la de las 277 mujeres en edad reproductiva que no denunciaron ningún tipo de violencia sexual (2,5 %, n=7 de 277).

Tabla 35: Violencia entre mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años)* que estaban embarazadas en el momento de la entrevista

Embarazo y violencia*	n	%
Embarazadas en el momento de la entrevista que sufrieron algún tipo de violencia sexual	14 (de 190)	7.4
Embarazadas en el momento de la entrevista que no sufrieron ningún tipo de violencia sexual	n=7 (de 277)	2.5

*Faltan dos valores entre las mujeres de 15 a 49 años, en la pregunta sobre la violencia sexual.

^xNo está claro en qué medida se han podido subestimar las solicitudes de atención médica, ya que una parte de los participantes pudo haber creído que debían pagar por ello.

Salud mental: depresión, ansiedad y estrés postraumático

Tabla 36: La prevalencia de la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático entre los participantes (n=1102)

Afección	Niveles de prevalencia		
	n	%	95 % C.I.
Depresión*	658	59,7	56,9-62,7
Ansiedad*	462	41,9	39,1-44,9
Trastorno por estrés postraumático**	392	35,6	32,9-38,5

* Faltan dos valores. ** Faltan tres valores

Figura 8: Participantes con síntomas indicativos de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático

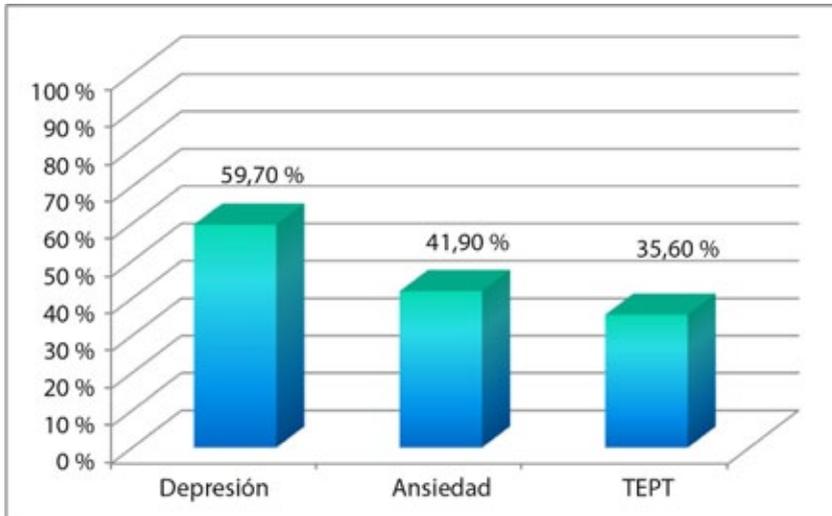


Tabla 37: Prevalencia de los resultados de salud mental entre los participantes, por grupo de edad (n=1102)

Grupo de edad	Depresión		Ansiedad		Trastorno por estrés postraumático	
	n	%	n	%	n	%
10-14	38	48,1	24	30,4	17	21,5
15-17	180	58,4	102	33,1	76	24,7
18-24	241	62,3	177	45,6	154	39,7
25-34	130	61,0	102	47,9	89	41,8
≥35	69	59,8	57	50,4	56	49,1

Entre los trastornos de salud mental más comunes, la mayoría de los síntomas estaban asociados con la depresión, ya que un 59,7 % de los participantes hablaron de niveles indicativos de algún trastorno depresivo. Un 35,6 % de los participantes

describió síntomas asociados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y un 41,9 %, en cambio, cumplía con criterios relacionados con síntomas del trastorno por ansiedad. La prevalencia de la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático fue parecida entre hombres y mujeres, aunque prevalecían los síntomas depresivos, seguidos por la ansiedad y el TEPT. Los hombres presentaron mayores niveles de síntomas asociados con el trastorno por ansiedad (el 45,7 % de los hombres frente al 39,3 % de las mujeres) y con el trastorno de estrés postraumático (el 40,7 % de los hombres frente al 32,0 % de las mujeres). Por otro lado, los síntomas asociados con algún trastorno depresivo fueron más comunes entre las mujeres (el 61,8 % de las mujeres frente al 57,1 % de los hombres) (véase Tabla 38).

Tabla 38: Prevalencia de los síntomas asociados con los trastornos por ansiedad, depresión y estrés postraumático entre hombres (n=465) y mujeres (n=637).

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Síntomas de trastorno por ansiedad*	212	45,7	250	39,3	462	41,9
Síntomas de trastorno por depresión*	265	57,1	393	61,8	658	59,7
Síntomas de trastorno por estrés postraumático**	189	40,7	203	32,0	392	5,6

* Faltan dos respuestas. ** Faltan tres respuestas.

Para cada uno de los tres trastornos, la prevalencia de los síntomas asociados fue mayor entre los adultos que entre los menores. Parte de esta diferencia puede estar asociada con las posibles limitaciones de uso del instrumento con los menores. Los niveles de síntomas de todos los trastornos fueron superiores entre los adolescentes de 15 a 17 años que entre los menores de 10 a 14 años, especialmente en el caso de la depresión (58,4 % frente a 48,1 %, respectivamente) (véase Tabla 39).

Tabla 39: Prevalencia de los síntomas asociados con los trastornos por ansiedad, depresión y estrés postraumático, por edad.

	10–14 años		15–17 años		18 años o mayores		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Síntomas de trastorno por ansiedad*	24	30,4	102	33,1	336	47,1	462	41,9
Síntomas de trastorno por depresión*	38	48,1	180	58,4	440	61,7	658	59,7
Síntomas de trastorno por estrés postraumático**	17	21,5	76	24,8	299	41,9	392	35,6

*Faltan dos respuestas. ** Faltan tres respuestas.

Aparentemente, entre los usuarios de los servicios de Camboya y Vietnam la carga de síntomas de estos trastornos mentales era mayor que entre los usuarios de Tailandia (véase Tabla 40). No está claro qué factores podrían haber influido en estas diferencias, ya que este estudio no tenía como objetivo evaluar el impacto de los servicios.

Tabla 40: Prevalencia de los síntomas por trastornos de salud mental entre los participantes de Tailandia (n=445), Camboya (n=443) y Vietnam (n=389).

	Tailandia		Camboya		Vietnam		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Síntomas de trastorno por ansiedad*	117	26,4	154	57,5	191	49,2	462	41,9
Síntomas de trastorno por depresión*	227	51,1	174	64,9	257	66,2	658	59,7
Síntomas de trastorno por estrés postraumático**	93	21,0	130	48,5	169	43,4	392	35,6

* Faltan dos respuestas. ** Faltan tres respuestas.

Al comparar los síntomas por depresión entre las mujeres objeto de trata con fines sexuales y las mujeres víctimas de trata para otras formas de explotación (por ejemplo, el trabajo doméstico, las entregadas como “novias/esposas”, el trabajo de fábrica, etc.), los niveles de los síntomas fueron ligeramente superiores entre las que no se dedicaban al trabajo sexual (el 63,6 % en el caso de las mujeres dedicadas al trabajo sexual y el 65,2 % para el resto). También se observaron niveles superiores de estrés postraumático en mujeres objeto de trata laboral (41,9 %), en comparación con las mujeres objeto de trata con fines sexuales (29,1 %); ocurría lo mismo con los niveles de síntomas por ansiedad, ya que prevalecía un 49,2 % entre las mujeres explotadas con otros fines laborales, en comparación con el 34,2 % de las mujeres destinadas al trabajo sexual.

Tabla 41: Prevalencia de los síntomas por trastornos de salud mental entre mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual (n=328) y mujeres objeto de trata en otros sectores (n=241)*

	Mujeres objeto de trata con fines de explotación sexual		Mujeres objeto de trata en otros sectores		Total	
	n	%	n	%	n	%
Síntomas de trastorno por ansiedad*	112	34,2	118	49,2	230	40,5
Síntomas de trastorno por depresión*	208	63,6	157	65,2	365	64,3
Síntomas de trastorno por estrés postraumático**	95	29,1	101	41,9	196	34,5

* El denominador incluye sólo a mujeres que llegaron a su destino. * Falta una respuesta.

** Faltan dos respuestas.

Respuestas proporcionadas a los elementos de escala psicométrica

Las escalas utilizadas para evaluar la salud mental de los supervivientes se basan en un conjunto de síntomas, muchos de los cuales son importantes independientemente de la medida combinada. Se pidió a los participantes que describieran el nivel de cada síntoma durante la semana anterior a la entrevista.

Depresión y pensamientos suicidas

Como se ha señalado anteriormente, un 59,7 % de los participantes comunicaron síntomas asociados con la depresión. De hecho, los sentimientos por depresión son los síntomas postraumáticos más duraderos entre los supervivientes a la trata^{4, 20}.

Uno de los síntomas más importantes incluido en la escala de depresión son “los pensamientos de acabar con su vida”, es decir, los pensamientos suicidas. Uno de cada seis participantes (14,9 %, n=164;) afirmaron haber tenido algún pensamiento suicida durante la semana anterior a la entrevista. El pensamiento suicida es la expresión más extrema de la depresión.

Entre los elementos más mencionados de la Lista de Síntomas de Hopkins-25 para la depresión estaban: “preocuparse demasiado por las cosas” (63,3 %), “culparse a sí mismo por las cosas” (67,9 %), y “la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido” (62,7 %).

También se debe señalar que muchos síntomas relacionados con la depresión pueden tener efectos graves en la salud física de los supervivientes; los problemas de apetito, por ejemplo, pueden conducir a la pérdida o el aumento de peso poco saludable, y los problemas relacionados con la interrupción del sueño o la falta de sueño pueden tener efectos negativos en la salud general y el funcionamiento del sistema inmunológico²¹. La proporción de mujeres que hablaron de problemas de sueño fue ligeramente mayor que la de los hombres (64,8 % frente a 59,7 %). La proporción de personas que transmitieron problemas para dormir fue algo mayor entre los adultos que entre los menores (65,3 % vs. 57,9 %) (véase Tabla 42).

Tabla 42: Elementos de depresión de la Lista de Síntomas de Hopkins-25 descritos por los participantes*.

Elementos de depresión – Lista de Síntomas de Hopkins-25	n	% (n=1101)
Culparse a sí mismo por las cosas**	748	67,9
Preocuparse demasiado por las cosas***	696	63,2
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido**	690	62,7
Sentirse solo**	674	61,2
Sentirse desesperado sobre el futuro**	651	59,1
Sentirse triste**	648	58,9
Llorar con facilidad**	615	55,9
Falta de apetito**	563	51,1
Sentir que todo le cuesta un esfuerzo**	549	49,9
Sentimiento de inutilidad**	543	49,3
Sentirse con poca energía, decaído**	520	47,2
Sentirse indefenso, como si no pudiera hacer nada para ayudarse a sí mismo**	485	44,0
No sentir ningún interés por las cosas**	440	40,0
Pensamientos de acabar con su vida**	164	14,9

* En frecuencias de “un poco”, “bastante” o “a menudo”. ** Falta una respuesta. *** Faltan dos respuestas.

Trastorno de estrés postraumático

El 35,6 % de los participantes transmitieron síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). El TEPT está asociado con ciertos síntomas: “recuerdos invasivos de un suceso traumático (o repetición de sucesos)”, “evitar recuerdos de estos sucesos”, “insensibilidad emocional e hiperactivación”. Cabe señalar que también se ha producido un aumento en el número de investigaciones que señalan la importante función que pueden desempeñar los mecanismos neurobiológicos, incluidas las exposiciones previas y la genética, en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, ya que la probabilidad de desarrollar este trastorno se incrementa si se han vivido sucesos traumáticos^{22,23}.

Los síntomas de TEPT más comunes son: “sentirse en guardia” (61,0 %), tener “pensamientos recurrentes o recuerdos de los sucesos más dolorosos o terroríficos” (59,7 %) y “evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso traumático o doloroso” (59,5 %). Puede que entre los participantes, el síntoma de “sentirse en guardia” fuera una reacción reflexiva como resultado de la exposición a peligros repetitivos, pero también puede reflejar temores a peligros actuales, como al castigo por parte de sus traficantes (véase Tabla 43).

El síntoma vinculado con la “evasión” manifestado por más de la mitad de los participantes puede indicar que una parte importante de estos individuos emplearon “estrategias de supervivencia evasivas” que han estado relacionadas con una recuperación post-trauma perjudicial, en base a estudios realizados principalmente fuera de Asia^{24,25}.

Es importante destacar que más de un tercio (34,2 %) de los participantes hablaron de la “incapacidad para recordar partes de los sucesos más traumáticos o dolorosos”. Este síntoma relacionado con el trauma tiene implicaciones importantes para las personas que pueden participar en investigaciones criminales o pueden ejercer como testigos en procedimientos judiciales. Los problemas de memoria pueden obstaculizar investigaciones, procesos y afectar a la credibilidad de una persona, sobre todo cuando llegan recuerdos más concretos, provocando así cambios en los testimonios.

Tabla 43: Elementos del Cuestionario para Trauma de Harvard notificados por los participantes

Elemento del Cuestionario para Trauma de Harvard	n	% (n=1102)
Pensamientos recurrentes o recuerdos de los sucesos más dolorosos o terroríficos *	657	59,6
Sentir como si el suceso estuviera ocurriendo otra vez*	481	43,6
Pesadillas recurrentes*	448	40,7
Sentirse distante o desvinculado de la gente**	457	41,5
Incapaz de sentir emociones*	376	34,1
Sentirse nervioso o fácilmente sobresaltado*	577	52,4
Dificultad de concentración*	559	50,7
Problemas de sueño*	602	54,6

Elemento del Cuestionario para Trauma de Harvard	n	% (n=1102)
Sentirse en guardia*	672	61,0
Sentirse irritable o tener arrebatos de ira*	442	40,1
Evitar las actividades que le recuerdan al suceso traumático o doloroso*	526	47,7
Incapacidad para recordar partes de los sucesos más traumáticos o dolorosos*	376	34,1
Menos interés en las actividades cotidianas*	407	36,9
Sentirse como si no tuviera futuro*	582	52,8
Evitar pensamientos o sentimientos vinculados con los sucesos traumáticos o dolorosos*	655	59,4
Reacción emocional o física repentina cuando recuerda los sucesos más traumáticos o dolorosos**	582	52,8
Sentir que tiene menos aptitudes que antes**	519	47,1
Dificultad para afrontar nuevas situaciones***	502	45,6
Sentirse agotado***	522	47,4

* Falta una respuesta. ** Faltan dos respuestas. *** Faltan tres respuestas.

Cabe destacar que más de la mitad (52,9 %) de los participantes indicaron “sentirse como si no tuvieran futuro”, ya que muchos supervivientes que han huido de alguna situación de trata deben enfrentarse a las mismas dificultades financieras y de otra índole que tenían anteriormente. De hecho, muchos pueden verse obligados a afrontar dichas dificultades con una peor salud física y mental y con menos recursos individuales e interpersonales, como consecuencia de la situación de trata.

Ansiedad

El 42 % de los participantes hablaron de síntomas asociados con algún trastorno por ansiedad. Los síntomas individuales transmitidos por la mayoría de las personas fueron: “sentirse tenso o nervioso” (65,4 %), tener dolores de cabeza (55,7 %) y el sentimiento de “nerviosismo o agitación interior” (55,2 %) (véase Tabla 44).

Los proveedores de servicios, y los proveedores de salud (y el orden público y los funcionarios judiciales) tal vez quieran tomar nota de esta comorbilidad existente entre los síntomas psicológicos y el dolor físico (más del 20 % de los participantes sufrieron dolores de cabeza muy graves). Esa combinación de síntomas puede ser debilitante en la medida en que obstaculizan la participación posterior a la trata en actividades sociales y la integración, la vida familiar, el empleo y la vida cotidiana.

Como se ha señalado anteriormente, los síntomas relacionados con la ansiedad también pueden afectar a la participación en investigaciones criminales y procedimientos judiciales; al mismo tiempo, la participación en procedimientos que conllevan un gran nivel de estrés como los testimonios puede aumentar los síntomas de ansiedad de los supervivientes.

Tabla 44. Síntomas por ansiedad de la Lista de Síntomas de Hopkins-25 descritos por los participantes.

Elementos de ansiedad – Lista de Síntomas de Hopkins-25	n	% (N=1101)
Sentir miedo sin ninguna razón*	540	49,1
Sentirse asustado*	570	51,8
Debilidad, mareos o fragilidad*	321	29,2
Nerviosismo o agitación interior*	608	55,2
Fuertes o agitados latidos del corazón*	492	44,7
Temblores*	317	28,8
Sentirse tenso o nervioso*	720	65,4
Dolores de cabeza*	613	55,7
Episodios de terror o pánico**	417	37,9
Sentirse inquieto, como si no pudiera pararse quieto**	556	50,5

* Faltan dos valores. ** Falta un valor.

Preocupaciones posteriores a la trata

Se preguntó a los participantes lo siguiente: “En este momento, ¿cuáles son sus preocupaciones más importantes o qué problemas te vienen a la mente más a menudo?”. Entre las preocupaciones más importantes se incluían: “problemas económicos en la familia” (44,6 %), problemas de salud en la familia (43,1 %) y el sentimiento de culpa o vergüenza (41,2 %). Los participantes que describieron sentimientos de culpa o vergüenza tenían más probabilidades de padecer síntomas por trastorno depresivo (59 %) que los que no hablaron de tales sentimientos (40,8 %) (véase Tabla 45).

Cuando se les preguntó acerca de las preocupaciones por su salud física y mental, la mayoría de las personas transmitieron más preocupaciones por su salud física (33,1 %) que por su salud mental (23,1 %). Esta diferencia puede estar relacionada, en parte, con el estigma o la vergüenza asociada con los problemas psicológicos²⁶.

Asimismo, se debe señalar que, si bien las preocupaciones financieras fueron sin duda una de las preocupaciones más comunes, una gran parte de los participantes también se refirió a la salud de su familia y a la propia. Esto implica que el sector sanitario debería involucrarse más en las redes de servicios para personas objeto de trata.

Aunque para los que investigan sobre la trata y la salud mental es muy habitual centrarse en la exposición a sucesos traumáticos durante la etapa de trata, estas preocupaciones indican que los actuales y futuros factores de estrés también influyen en la salud mental de las personas.

Tabla 45: Preocupaciones más habituales sobre el futuro entre los participantes.

Preocupaciones principales*	n	% (n=1102)
Problemas económicos de la familia	491	44,6
Problemas sanitarios de la familia	475	43,1
Culpa o vergüenza	454	41,2
Ganar dinero/tener trabajo/pagar la deuda	433	39,3
Salud física	365	33,1
Miedo a los traficantes, controladores, contrabandistas, etc.	290	26,3
Salud mental	255	23,1
Documentos	185	16,8
Vivienda: no tener ningún lugar para vivir a largo plazo	153	13,9
Inquietudes religiosas, espirituales, fantasmas	136	12,3
Vivienda: no tener ningún lugar para vivir a corto plazo	81	7,4
Otras preocupaciones	153	13,9

* Faltan dos valores para cada elemento.

Miedo al tratante

Más de un tercio (34,3 %) de los participantes percibían que todavía estaban en peligro ante sus traficantes, aunque ya estuvieran fuera de la situación de trata. Además, casi uno de cada 10 (8,8 %) informaron que se sentían inseguros y desconocían si estaban en peligro o no, por lo cual, casi la mitad (43,1 %) de todos los participantes creían que podrían estar en peligro.

El miedo a que su empleador o traficante intentara causarles daño a ellos o a sus familiares era más frecuente entre las mujeres (42,2 %) que entre los hombres (23,4 %). Aproximadamente un tercio de los menores (36,4 %) y los adultos (35,2 %) informaron tener miedo del daño que les pudieran causar sus traficantes.

Tabla 46: Miedo de los participantes a que los traficantes pudieran causarles daño tanto a ellos como a sus familias.

Preocupación de que el traficante o el empleador pudiera causarles daños a ellos o a sus familias	n	%
Sí	378	34,3
No	625	56,7
Lo desconoce	97	8,8
Datos perdidos	3	0,272

Los participantes que temían a sus traficantes/empleadores anteriores eran más propensos a sufrir síntomas de trastorno por estrés postraumático (38,9 %) que aquellos que no temían a sus traficantes/empleadores anteriores (29,6 %).

Trato por parte de la familia y la comunidad

Más de la mitad de los participantes (56,3 %) estaban preocupados por cómo serían tratados al volver a su hogar. Aunque el trabajo sexual esté altamente estigmatizado, se notificaron menores niveles de preocupación por parte de las

mujeres objeto de trata con fines sexuales (60,8 %, n=200 de 329) que por parte de las trabajadoras domésticas (79,0 %, n=30 de 38), las entregadas como novias o esposas (83,0 %, n=44 de 53) y las víctimas de trata para la pesca (66,2 %, n=182 de 275). Más de la mitad de los hombres (51,8 %, n=241 de 465) transmitieron preocupación por el tipo de trato que recibirían en casa.

Estas preocupaciones eran mayores entre las personas que habían sufrido alguna situación de violencia sexual mientras fueron objeto de trata (74,9 %, n=158 de 211) que entre las que no experimentaron ninguna situación de violencia sexual (52,0 %, n=459 de 883).

Planes de vida al regresar a casa

A los participantes se les preguntó con quien tenían previsto vivir después de recibir los servicios post-trata. Casi el 80 % (79,6 %) de los participantes informaron que vivirían con sus padres u otros miembros de la familia (véase Tabla 47). Sólo el 16,9 % indicó que viviría con su cónyuge (21,6 % de los participantes estaban casados y vivían con sus parejas). Un pequeño porcentaje de los participantes dijo que viviría en su lugar de trabajo, y dos individuos dijeron que vivirían en un orfanato. Los planes de vida posteriores a situación de trata pueden ser muy difíciles para algunos supervivientes, en particular para aquellos que están preocupados por cómo van a ser tratados al volver a casa, tal y como se ha señalado anteriormente.

Tabla 47: Personas con las que los participantes planeaban vivir *

Respuesta	n	% (n=1102)
Padres/otros miembros de la familia	877	79,6
Cónyuge	186	16,9
Solos	29	2,6
Lugar de trabajo	19	1,7
Amigos	18	1,6
Novio o novia	14	1,3
Orfanato	2	0,2
Otros	36	3,3
No lo sabe	0	0

*Puede haber más de una respuesta; los totales son superiores al 100 %.

Revelaciones a terceros

Los participantes (n=1102) fueron divididos en partes iguales entre los que planeaban hablar con otros acerca de su experiencia de trata (42,2 %, n=465) y los que no planeaban hacerlo (45,1 %, n=497). Las mujeres víctimas de trata con fines sexuales eran menos propensas a hablar sobre su experiencia (29,9 %, n=98 de 328) que las mujeres víctimas de trata con otros fines (43,6 %, n=105 de 241) o los hombres (49,2 %, n=262 de 533). La proporción de quienes tenían intención de hablar de su situación eran similares entre las víctimas que fueron objeto de abuso sexual y las que no lo fueron.

Esperanzas de futuro

A los participantes se les preguntó acerca de sus esperanzas de futuro. Evidentemente, las respuestas más comunes fueron “tener dinero” y “tener trabajo” (véase Tabla 48). Los hombres y las mujeres respondieron en proporciones similares sobre sus esperanzas de encontrar trabajo (60,5 % para ambos). Hubo una notable diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al deseo de “volver a casa”, con casi un 30 % más de mujeres que indicaron querer volver a casa. Es posible que parte de esta diferencia refleje el mayor número de mujeres entrevistadas en refugios de Tailandia y Vietnam, en comparación con los camboyanos que fueron entrevistados en servicios de Camboya. La proporción de hombres y mujeres también fue similar en cuanto a las esperanzas de “casarse” en el futuro. En general, los participantes parecían mantener sus esperanzas de futuro, ya que sólo el 5,1 % dijo que no tenían “ninguna esperanza” para el futuro; un pequeño porcentaje de hombres (7,7 %) y de mujeres (3,1 %) afirmaron no tener esperanzas de futuro.

Tabla 48: Esperanzas de futuro, por sexo*

Esperanzas de futuro	Hombres (n=465)		Mujeres (n=637)		Total (n=1102)	
	n	%	n	%	n	%
Tener dinero	281	60,4	302	47,4	583	52,9
Tener familia	110	23,7	164	25,8	274	24,9
Tener trabajo	281	60,4	386	60,6	667	60,5
Ninguna esperanza	36	7,7	20	3,1	56	5,1
Volver a casa	166	35,7	398	62,5	564	51,2
Casarse	82	17,6	101	15,9	183	16,6
Otros	53	11,4	109	17,1	162	14,7
No lo sabe	0	0	0	0	0	0

* Faltan tres valores para cada elemento.

Las esperanzas más comunes entre los menores eran “tener trabajo” (57,1 %) y “volver a casa” (58,7 %) (véase Tabla 49).

Tabla 49: Esperanzas de futuro entre menores y adultos*

Esperanzas para el futuro	Hombres (n=387)		Mujeres (n=715)		Total (n=1102)	
	n	%	n	%	n	%
Tener dinero	145	37,5	438	61,3	583	52,9
Tener familia	113	29,2	161	22,5	274	24,9
Tener trabajo	221	57,1	446	62,4	667	60,5
Ninguna esperanza	18	4,7	38	5,3	56	5,1
Volver a casa	227	58,7	337	47,1	564	51,2
Casarse	43	11,1	140	19,6	183	16,6
Otros	91	23,5	71	9,9	162	14,7

* Faltan tres valores para cada elemento.

Experiencia de la entrevista

Al final de la entrevista, se preguntó a cada participante que valorara la dificultad de la entrevista. La mayoría de los participantes (70,2 %) sintieron que la entrevista fue “fácil”. Aproximadamente una quinta parte indicó que la entrevista fue “un poco difícil” (20,5 %) y al 9,1 %, en cambio, le resultó “difícil”. La proporción de hombres que respondieron que la entrevista fue difícil era mayor que el de las mujeres (10,5 % frente al 8,0 %), así como entre los adultos, en comparación con los menores (11,5 % vs. 4,7 %).

Segunda entrevista

La segunda fase de entrevistas se realizó entre 30 y 90 días después, con los participantes que se pudo contactar. Esta segunda fase de entrevistas se llevó a cabo con el fin de conocer el cambio en la salud física y mental de los participantes con el paso del tiempo. Esta perspectiva longitudinal también ofreció la oportunidad de entender cómo las necesidades, las preocupaciones y las esperanzas de las personas pueden cambiar desde su primer contacto con los proveedores de los servicios. Comparando los síntomas y las situaciones de los participantes en el Momento 1 (M1, es decir, durante la primera entrevista) con sus respuestas en el Momento 2 (M2, durante la segunda entrevista), los resultados pueden proporcionar percepciones sobre lo que pretenden conseguir los supervivientes a partir de estos servicios, una vez satisfechas sus necesidades básicas y transcurrido cierto tiempo para recuperarse de sus problemas de salud agudos y considerar su futuro.

En total, la segunda fase de entrevistas se llevó a cabo con 353 de los 1102 participantes, es decir, el 32,0 por ciento de la muestra original. Si bien esto representa una significativa pérdida para realizar el seguimiento en la mayoría de los estudios, creemos que se trata de una tasa de retención relativamente razonable dadas las características y la situación de esta población migrante. De hecho, se trata de un grupo de personas que, por su propia definición, implica una gran movilidad (algunos se encuentran de vuelta a casa o ya han regresado), para algunos un nuevo contacto suponía dificultades logísticas (distancia) o tenían razones emocionales para interrumpir el contacto con los servicios post-trata. Debido a las estructuras de los servicios, en ciertos lugares fue aún más difícil mantener el contacto con los participantes. Tailandia fue el país con la mayor tasa de retención (48,5 %, n=215), sobre todo porque es un destino/lugar de tránsito y muchos participantes residían en los servicios post-trata seleccionados a espera de regresar a sus ciudades de origen. En Camboya también se pudo llevar a cabo un gran número de segundas entrevistas (39 %, n=105), a menudo a través de redes de contacto con ONG locales de todo el país. Fue Vietnam (8,5 %, n=33) el país donde menos entrevistas se pudieron realizar en esta segunda fase (véase Tabla 50).

Tabla 50: Segunda fase de entrevistas: pérdidas al realizar el seguimiento en los servicios post-trata de cada país.

País de acceso al servicio	Total de entrevistas durante la primera fase	Participantes que siguieron con la segunda fase de entrevistas		Pérdidas en la segunda entrevista	
	<i>n</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tailandia	444	215	48,5	229	51,5
Camboya	269	105	39,0	164	61,0
Vietnam	389	33	8,5	356	91,5
Total	1102	353	32,0	749	68,0

Síntomas de salud física

A las personas participantes se les preguntó acerca de sus síntomas de salud física en ambas entrevistas. Parece ser que los síntomas fueron similares a los de toda la muestra. Los síntomas de salud física descritos son similares en los dos períodos de tiempo (véase Tabla 51).

Tabla 51: Síntomas de salud física descritos por los participantes durante la primera y segunda fase de entrevistas.

Problema de salud reciente	Gravedad del síntoma			
	PRIMERA ENTREVISTA "Bastante" o "Extremo" (n=1102)		SEGUNDA ENTREVISTA "Bastante" o "Extremo" (n=354)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dolores de cabeza	227	20,6	82	23,2
Dolores de espalda	196	17,8	62	17,5
Problemas de piel	135	12,3	44	12,4
Náuseas	139	12,6	53	15,0
Agotamiento	195	17,7	63	17,8
Mareos	215	19,6	69	19,5
Problemas dentales	103	9,4	45	12,8
Problemas de memoria	165	15,0	65	18,4
Tos persistente	94	8,6	17	4,8
Problemas gastrointestinales	79	7,2	36	10,2
Pérdida de peso significativa	144	13,0	19	5,3
Desmayos	13	1,2	1	0,3

Síntomas de salud mental: comparación entre la primera y la segunda fase de entrevistas

Durante la segunda entrevista (M2), se preguntó a los participantes acerca de sus síntomas de salud mental con el fin de analizar los cambios en los niveles de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático con el paso del tiempo. En la Tabla 52 se muestra la proporción de todos los participantes con síntomas

en el M1 y, a continuación, la proporción de los participantes con síntomas indicativos de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático entre la misma muestra entrevistada en el M1 y en comparación con el M2.

Tabla 52: Salud mental en el Momento 1 y el Momento 2.

Síntoma del trastorno	n	%
Momento 1 (todos los participantes)		
Síntoma de depresión*	658	59,7
Síntoma de ansiedad*	462	41,9
Síntoma de TEPT**	392	35,6
Momento 1 (participantes con los que se ha realizado la segunda entrevista)		
Síntoma de depresión	191	46,1
Síntoma de ansiedad	132	37,3
Síntoma de TEPT	101	28,5
Momento 2		
Síntoma de depresión	139	39,3
Síntoma de ansiedad	92	26,0
Síntoma de TEPT	84	23,7

* Faltan dos valores. ** Faltan tres valores.

A partir de estos datos se pueden hacer varias observaciones. En primer lugar, y comparando la totalidad de la población de estudio (M1) con los que permanecieron en la segunda entrevista (M2), los participantes del M2 tenían generalmente niveles de síntomas más bajos que toda la población de estudio en el M1. En la Tabla 53 se muestra una comparación sorprendente entre los que permanecieron como objeto de estudio (M2) frente a los que no lo hicieron. Los participantes con los que no se ha podido llevar a cabo el seguimiento tienen aparentemente una mayor prevalencia de síntomas que los que permanecieron en el estudio (62,4 % vs. 46,1 %, respectivamente, en el caso de la depresión). De todas formas, no está claro por qué se ha perdido el contacto con aquellas personas con síntomas de salud mental peores. Se requiere un mayor análisis de las posibles explicaciones de esta diferencia.

En segundo lugar, y lo que es más importante, la comparación entre los síntomas del M1 y el M2 muestra que la salud mental de un número significativo de participantes mejoró. Los participantes experimentaron una reducción con respecto a los síntomas de depresión (del 46,1 % en el M1 al 39,3 % en el M2), los síntomas de ansiedad (del 37,3 % al 26,0 %) y una menor reducción de los síntomas de trastorno de estrés postraumático (del 28,5 % al 23,7 %). Este estudio no es una intervención para evaluar el potencial impacto del contacto con los servicios post-trata, y por lo tanto, no ha sido posible atribuir esta reducción de síntomas a ningún aspecto del contacto con los servicios post-trata, o incluso al hecho de estar en contacto con dichos servicios. Futuras investigaciones deberían analizar los efectos de los mecanismos de apoyo post-trata, y del apoyo psicológico, en particular.

Tabla 53: Comparación de la prevalencia de síntomas entre las personas que participaron y no participaron en la segunda entrevista.

Momento 1 (participantes con los que se realizó el seguimiento)	n	%	Momento 1 (participantes con los que no se pudo realizar el seguimiento)	n	%
Síntomas de depresión	191	46,1	Síntomas de depresión ¹	467	62,4
Síntomas de ansiedad	132	37,3	Síntomas de ansiedad ²	330	44,1
Síntomas de TEPT	101	28,5	Síntomas de TEPT ³	291	38,9

Preocupaciones posteriores a la trata: cambios del M1 al M2

A los participantes se les preguntó sobre sus preocupaciones tanto en la primera como en la segunda entrevista. Entre los participantes entrevistados por segunda vez, casi todas las preocupaciones parecían haber permanecido o incluso aumentado desde la primera entrevista. Entre las preocupaciones que más aumentaron estaban la de “ganar dinero/tener trabajo” (del 45,8 al 50,3 % de los participantes). La preocupación de los participantes acerca de los problemas de salud de sus familiares también aumentó significativamente desde el M1 (43,1 %) al M2 (63,6 %).

Durante la primera entrevista se preguntó a los participantes con quién tenían previsto vivir, y en la segunda entrevista se les preguntó de nuevo sobre sus actuales o futuros planes de vida (véase Tabla 54). Para los que planeaban vivir con sus padres/familia/cónyuge, la residencia no parecía cambiar demasiado del M1 al M2. Cabe destacar que durante la primera entrevista sólo dos niños planeaban vivir en un orfanato y, para la segunda entrevista, tres niños planeaban o ya vivían en un orfanato. En el M1, solo dos participantes planeaban vivir en su lugar de trabajo, y para el M2, seis participantes ya residían en su lugar de trabajo.

Tabla 54: Las personas con quienes los participantes querían vivir una vez abandonado el albergue.

Respuesta	Momento 1		Momento 2	
	n	%	n	%
Cónyuge	40	11,3	39	11,0
Novio o novia	11	3,1	6	1,7
Padres/otros miembros de la familia de origen	304	85,9	286	80,8
Solos	13	3,7	11	3,1
Amigos	10	2,8	13	3,7
Orfanato	1	0,3	3	0,8
Lugar de trabajo	2	0,6	6	1,7
Otros*	9	2,5	16	4,5
No lo sabe	3	100	7	2,0

*Falta 1 valor en el Momento 1

Diálogo: repercusiones de las conclusiones para la práctica y la política

Los resultados de este estudio proporcionan las primeras evidencias cuantitativas sobre la salud de las personas que han sido víctimas de trata en muchos sectores laborales de la subregión del Gran Mekong. Estos datos tienen implicaciones tanto para los servicios post-trata como para las políticas de protección de las víctimas de trata de personas, así como para responder ante las necesidades sanitarias de las personas que sufren este tipo de explotación extrema. Las respuestas posteriores a la situación de trata pueden marcar la diferencia entre los supervivientes que optan por curarse o los que persisten en las repercusiones dolorosas de la experiencia de trata. También esperamos que estos resultados sean utilizados para ayudar a que las personas objeto de trata entiendan la variedad de síntomas que podrían estar sintiendo después de una experiencia de trata y alentarlos a buscar el tratamiento médico y el asesoramiento que puedan necesitar.

Por supuesto, en la mayoría de los casos, el apoyo sanitario depende de los recursos disponibles, incluyendo la presencia de marcos nacionales, bilaterales y regionales que permiten a los sistemas sanitarios trabajar de manera conjunta en el momento de hacer frente a las vulnerabilidades sanitarias y las consecuencias de la trata. Por lo tanto, también esperamos que estos resultados sean utilizados por los defensores, donantes y resto de personal implicado para asegurar que se invierten más recursos en la salud de las personas víctimas de trata. Se deben llevar a cabo más inversiones en el campo de la protección laboral, las realidades migratorias, y la derivación y la atención médica de los supervivientes.

Esta sección final tiene como objetivo reflexionar sobre las implicaciones de estos resultados en los diferentes grupos de interés, políticas y prácticas.

Clientes de los servicios post-trata

Entre los primeros, y tal vez más evidentes, resultados del estudio tenemos la evidencia de que no existe un perfil único de personas objeto de trata que usan los servicios post-trata. Las personas reconocidas como “víctimas objeto de trata” y derivadas a los servicios post-trata no sólo difieren en cuanto a edad, sexo, estado civil, país de origen o el idioma, sino también por sus experiencias de explotación y los riesgos asociados con el sector. Además, y como reconocimiento de que la trata de personas ha crecido en diferentes formas de trabajo, también lo ha hecho la diversidad de las personas que utilizan los servicios post-trata. Las personas que usan estos servicios ya no sólo incluyen a víctimas de trata con fines sexuales, sino a una gama mucho más amplia de sectores laborales. Esto significa que los proveedores tienen que mejorar con respecto a la evaluación de las necesidades médicas de los supervivientes. También significa que tenemos que pensar de abajo hacia arriba —a nivel político— para promover iniciativas de prevención, por ejemplo, a través de políticas comerciales y laborales que protejan a los trabajadores migrantes, para que éstos no se conviertan en víctimas de trata.

Atención sanitaria física y mental post-trata

Salud física

Este estudio identificó patrones de prevalencia en diversos resultados correspondientes a la salud, y por consiguiente, ofrece información relevante sobre las áreas prioritarias de atención sanitaria post-trata para supervivientes a la trata. Aproximadamente dos tercios de los participantes identificaron al menos una parte del cuerpo donde sentían dolor o tenían alguna lesión. La atención sanitaria post-trata debería incluir una historia clínica médica para comprender los potenciales riesgos que podrían haber causado el malestar, el dolor y las lesiones de los supervivientes, así como una revisión de los sistemas para identificar las zonas del cuerpo donde el individuo siente dolor o tiene alguna lesión.

Salud sexual

Las conclusiones sobre la violencia sexual, el uso del condón y la tasa de embarazo indican la necesidad de disponer de servicios referencia de salud sexual y reproductiva para las víctimas de agresiones sexuales y de, como parte de los servicios post-trata. En particular, las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia sexual eran tres veces más propensas a quedarse embarazadas que las que no indicaron ninguna violencia sexual. Es muy importante que los médicos reconozcan los vínculos entre la violencia sexual indicada y los embarazos no deseados, y respondan sensiblemente a las necesidades clínicas de salud sexual y reproductiva de las víctimas, así como a las potenciales necesidades de atención sanitaria mental. Aunque los vínculos entre el sexo forzado y el embarazo no deseado están bien reconocidos, nuestros resultados indican que las mujeres objeto de trata para otros fines (como novias o esposas, empleadas del hogar, trabajadoras de fábrica, etc.) también están en riesgo de abuso sexual y embarazos no deseados.

Salud mental

Aunque los participantes expresaran varias dolencias de salud física, los síntomas más frecuentes y graves estaban generalmente asociados con la salud mental. Los resultados indican claramente que los síntomas asociados con la depresión, los trastornos por ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son frecuentes y aparentemente persistentes. Como se puede observar entre los individuos que participaron en la segunda entrevista, los niveles de los síntomas disminuyeron pero persistieron tal y como se ha visto en otros estudios sobre la trata y la salud mental^{4, 27}.

Para los participantes de este estudio, los síntomas de salud mental más frecuentes estaban asociados con la depresión, ya que más de la mitad (59,7 %) de los participantes describió alguno de estos síntomas. Más del 40 % describió síntomas asociados con el trastorno por ansiedad (41,9 %), y un tercio (35,6 %) habló de síntomas indicativos del TEPT.

Estas tasas son muy altas en comparación con otros migrantes laborales, y son también altas o similares en comparación con las poblaciones de refugiados. Mediante un meta-análisis y un estudio sistemático sobre la depresión y la ansiedad entre los refugiados y migrantes laborales se descubrió que entre los migrantes laborales el 20 % describió síntomas de depresión y el 21 % tenía síntomas de ansiedad, y entre los refugiados, en cambio, prevalecían la depresión y la ansiedad en un 44 y un 40 %, respectivamente²⁸. Los pensamientos suicidas son una expresión extrema de la depresión o la desesperanza, y han sido observados entre varias poblaciones migrantes, especialmente entre refugiados^{29, 30}. En este estudio, uno de cada seis (14,9 %) participantes afirmó haber tenido pensamientos suicidas la semana anterior a la entrevista. Es importante que los proveedores de los servicios post-trata dispongan de procedimientos para detectar posibles pensamientos suicidas, y opciones para que estas personas sean derivadas a los recursos apropiados^{31, 32}.

Tal vez uno de nuestros mensajes más firmes en cuanto a la salud de los supervivientes sea la clara necesidad de disponer de medios eficaces para responder a los daños causados en el bienestar psicológico de las personas. ¿Qué sabemos sobre las intervenciones de salud mental post-trata? Por desgracia, tenemos muy poco conocimiento demostrado sobre lo que realmente ayuda a curar a los supervivientes. Los proveedores de servicios son conscientes del efecto psicológico que la trata de personas conlleva en sus víctimas, y los estudios han confirmado la profunda angustia emocional y la debilitada salud mental de sus supervivientes, pero hasta la fecha se han llevado a cabo muy pocas —si alguna— investigaciones de evaluación sobre la atención sanitaria mental post-trata. Teniendo en cuenta nuestros resultados, además de las pruebas de otros estudios con supervivientes a la trata, esperamos que las investigaciones de intervención cuenten con el apoyo suficiente para poder identificar formas de ayuda psicológica eficaces, especialmente para que se puedan implementar fácilmente en entornos con bajos recursos.

El servicio sanitario en la atención post-trata

Este estudio también ha demostrado que la atención médica profesional para las personas usuarias de los servicios post-trata es un componente necesario en la atención post-trata, ya que al menos una de cada dos personas —la mitad de las personas usuarias de los servicios— solicitó ser visto por un profesional médico por algún dolor físico, lesión o molestia. Los proveedores y donantes deberían planificar y presupuestar las evaluaciones de salud de los supervivientes y el tratamiento médico como parte del paquete médico que proporciona varios servicios post-trata. Para algunos, la atención médica por enfermedad, infección y dolor es una de sus necesidades más urgentes de la atención post-trata.

Programas de seguridad sanitaria y social

Además de proporcionar pruebas acerca de las necesidades sanitarias posteriores a la

trata, estos datos también sugieren la necesidad de que los trabajadores migrantes dispongan de programas de seguridad social como parte de la prevención principal, en una región donde la migración laboral es muy frecuente y va en aumento. Teniendo en cuenta el carácter grave de algunas lesiones y la persistencia de los síntomas comúnmente asociados con la depresión y la ansiedad, los trabajadores migrantes deberían beneficiarse de programas de seguridad que les permitan acceder a la necesaria asistencia sanitaria, siempre y cuando lo necesiten, además de apoyar sus necesidades de atención médica a largo plazo como resultado de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo³³.

Prevención de la trata

Estos resultados también tienen implicaciones para la protección y la prevención. Aproximadamente la mitad de los participantes dijeron que habían oído hablar del término “trata” antes de salir de casa. Si bien estos hallazgos sobre el conocimiento del concepto no se pueden interpretar como un indicador de la eficacia de las actividades de sensibilización en la población en general, sí sugieren que se debería proporcionar una mayor consideración al alcance y el potencial impacto de los programas de prevención y la inversión en campañas de sensibilización contra la trata. Si menos de la mitad (44 %) de los participantes en el estudio informaron que habían oído hablar del término “trata” antes de salir de casa, es posible que, incluso después de una década de grandes esfuerzos para “crear conciencia” sobre la trata, los mensajes aún no hayan tenido suficiente alcance. Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta que más de la mitad (50,7 %) de las personas inscritas o usuarias de los servicios post-trata no habían oído hablar sobre la trata antes de salir de casa, esto puede indicar que las campañas de lucha contra la trata o los mensajes sobre una migración segura no están necesariamente funcionando, al menos entre algunos colectivos. Antes de invertir grandes cantidades de dinero en campañas y mensajes que puede que no funcionen en la protección de las personas en situación de particular vulnerabilidad, los donantes y actores que toman las decisiones sobre los programas podrían querer obtener mayores pruebas sobre la eficacia de las actividades de sensibilización. Una vez más, los métodos de programación y las investigaciones pueden proporcionar conocimientos más sólidos para fundamentar las inversiones.

Del mismo modo, los hallazgos sugieren que, para mejorar la prevención, tenemos que aprender más acerca de las opciones de reclutamiento iniciales, así como de las decisiones y los planes de migración de los trabajadores. Tal y como sugieren otras investigaciones, no es nada inusual que las personas sean objeto de trata o presentadas a los traficantes por alguien digno de su confianza, ya que más de una cuarta parte de los participantes afirmaron que alguien cercano a ellos, como sus padres u otros miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo o su novio/novia, fue el responsable de introducirles en su situación de trata⁴. Este es uno de los retos fundamentales para la prevención de la trata, ya que es lógico que las personas que quieren mejorar sus vidas confíen en sus amigos, familiares, conocidos o redes de migrantes para que éstos les proporcionen

cierto asesoramiento y apoyo fiable. Los esfuerzos contra la trata deberían tener como objeto la regulación e identificación de los mecanismos de reclutamiento éticos y de confianza, y ponerlos al conocimiento de los trabajadores, incluidos los migrantes, para que éstos no tengan que usar medios poco fiables o no demostrados para encontrar empleo fuera de sus ciudades o pueblos de origen.

Aunque el estudio no tenía como objetivo identificar la vulnerabilidad a la trata antes de abandonar el hogar familiar, hemos analizado las razones de migración de la gente y sus experiencias de violencia antes del abandono del hogar. Los resultados no ofrecieron ningún mensaje particularmente instructivo acerca de los factores de riesgo previos a su salida, ya que la mayoría de los participantes quisieron emigrar por razones económicas, es decir, para ganar dinero. A diferencia de otros estudios, como investigaciones anteriores sobre la trata de mujeres para la prostitución forzada en las que el abuso previo a la salida era muy amplio (60 %), en este estudio, el porcentaje de personas que afirmaron haber sufrido abusos antes de salir de casa fue mucho más pequeño (el 11,8 % de los adultos y el 18,9 % de los menores). Si bien la violencia previa al abandono del hogar familiar no significa que alguien podría encontrarse en situación de trata, puede, sin embargo, jugar un papel importante en la decisión de algunas personas de abandonar su hogar. Quizás lo más importante sea que los abusos son un factor de riesgo considerable en el aumento de la vulnerabilidad de las personas ante futuros abusos y sus consecuencias sanitarias a largo plazo, sobre todo problemas mentales^{34, 35}. Las personas que han estado expuestas a múltiples experiencias o traumas acumulativos, especialmente los niños, son más propensos a tener resultados de salud mental más complejos o peores³⁶.

Función de los profesionales sanitarios en la identificación de las personas objeto de trata y su participación en las redes de servicios de referencia

Se ha detectado un mayor reconocimiento con respecto al papel que pueden desempeñar los profesionales sanitarios en la identificación y referencia de las personas que han sido objeto de trata³⁷. En este estudio, más de un tercio (40,8 %) de los participantes indicaron que necesitaron atención médica mientras se encontraban en situación de trata, y la mitad de los menores quisieron recibir atención médica por problemas de salud.

Los resultados han mostrado que algunas personas tienen contacto con los profesionales médicos (un médico/a o una enfermero/a) mientras están en situación de trata. Más de uno de cada 10 participantes dijeron que estuvieron con un profesional médico mientras se encontraban en situación de trata, otros, en cambio, dijeron que se sometían a chequeos de salud periódicos.

Aunque nuestros resultados indiquen que los profesionales sanitarios han tenido un papel muy insignificante a la hora de ayudar a identificar a las víctimas de trata, la identificación en un establecimiento médico de los presuntos casos de trata

puede proporcionar un importante recurso para que estas personas puedan huir de su situación. Sin embargo, desempeñar esta función conlleva ciertas dificultades. Por ejemplo, no está claro cuántos de los participantes que recibieron atención por parte de un profesional médico podrían haber hablado en privado para solicitar ayuda y salir de su situación, o para preguntar acerca de su situación. Los lugares de encuentro médico comprenden un área que se debe investigar con mayor precisión.

No obstante, estos resultados confirman la potencial función que los profesionales sanitarios tienen dentro de una red de servicios para identificar y responder a los casos de trata de personas. En ciertas circunstancias, los proveedores sanitarios pueden tener más contacto clínico privado o semi-privado con las personas objeto de trata que otros profesionales; si se les proporcionara una formación adecuada para llevar a cabo procedimientos seguros de identificación y referencia, éstos podrían desempeñar una función vital para ayudar a que las personas dejen de estar en situaciones de peligro y explotación.

Además de identificar la información y las necesidades de formación de los profesionales sanitarios, aún queda mucho por aprender acerca de los tipos de “asistencia médica” o medicación proporcionada por los empleadores, directivos y compañeros de trabajo. No está claro cómo podemos interpretar la respuesta del 23,2 % de los participantes que dijeron que su dueño o gerente les proporcionaba medicación o atención, es decir, si esta atención era segura y apropiada, o no.

Por último, los profesionales sanitarios también pueden enfrentarse a problemas de seguridad y amenazas contra su propia salud física y mental mientras proporcionan dicha identificación, atención o referencia a las víctimas de trata. Es de suma importancia que los profesionales sanitarios no trabajen de forma aislada, sino como parte integrante de una red de servicios necesarios para apoyar a las personas objeto de trata. Se deben implantar medidas de seguridad. Las investigaciones sobre los encuentros médicos de las personas objeto de trata también deberían analizar las preocupaciones de seguridad y privacidad de los profesionales sanitarios^{37,38}.

Intervenciones laborales de salud y seguridad en sectores laborales poco cualificados

Estos resultados ponen de relieve el hecho de que los servicios post-trata apoyan a personas objeto de trata en varios sectores laborales de baja cualificación. Los participantes del estudio fueron explotados en más de 15 tipos de trabajo. Por un lado, los resultados son alentadores, ya que indican que los esfuerzos contra la trata han avanzado más allá de la identificación de las víctimas de trata con fines sexuales, y las autoridades reconocen cada vez más que las personas son objeto de trata para una gran variedad de fines. Por otro lado, es evidente que, por desgracia, un gran número de sectores laborales ejercen prácticas abusivas análogas a la trata de personas.

Regulación de las horas de trabajo

El acoso laboral más frecuente fuera tal vez el número de horas que los participantes tuvieron que trabajar. Más de dos tercios de los participantes informaron haber trabajado una media de 13,8 horas al día durante los siete días de la semana, y muchos indicaron trabajar muchas más horas al día, como es el caso de los trabajadores domésticos (15 horas de media) y los pescadores (cerca de 19 horas de media). Más de la mitad indicaron tener muy pocos o ningún descanso. Estas largas horas de trabajo sin descanso tienen implicaciones significativas para la seguridad laboral y aumentan el riesgo de sufrir lesiones, así como consecuencias de agotamiento, enfermedad y debilitada salud mental a largo plazo. Por ejemplo, un estudio estadounidense mostró que entre los individuos que trabajaban horas extras la tasa de sufrir lesiones era un 61 % mayor que en entre los que trabajaban sin horas extras, y entre los que trabajaban al menos 12 horas al día la tasa de sufrir lesiones era un 37 % mayor³⁹. Por otra parte, y debido a que estas cifras pertenecen a estadísticas estadounidenses, éstos datos pueden pertenecer a puestos de trabajo donde las condiciones son menos peligrosas que en entre las situaciones muchas veces no reguladas de los trabajadores migrantes en el Sudeste Asiático. Los estudios sugieren que un mayor número de horas de trabajo está estrechamente asociado con mayores tasas de accidentes y lesiones, y que las intervenciones de prevención se deben adaptar a los sectores y funciones específicas⁴⁰.

Prevención de lesiones

Las lesiones laborales fueron bastante frecuentes entre los encuestados. Una de cada cinco personas que participaron en el estudio habló de lesiones, así como la mitad de las personas objeto de trata en el sector pesquero. Incluso con esta alta tasa de lesiones, sospechamos que el número de lesiones notificadas puede haber sido inferior, ya que muchos tal vez no hayan identificado lesiones más pequeñas y menos graves. Sin duda, se debe destacar que siete personas notificaron haber perdido una parte del cuerpo.

Mientras que algunos de los participantes afirmaron haber recibido medicación por parte de sus empleadores, es poco probable que los lugares de trabajo tuvieran procedimientos de atención urgente para tratar los accidentes más graves, y que pocos, si alguno, tuvieran licencia médica (pagada) para tratar lesiones o enfermedades laborales.

Aunque nuestros hallazgos sobre los riesgos laborales representen cualquier sector laboral, entre los usuarios de los servicios post-trata se detallaron diversos riesgos y abusos en casi todos los sectores. Esto significa que se necesita una mayor supervisión gubernamental y acción del sector privado para instituir medidas de salud y seguridad y prevenir riesgos en el trabajo, así como para detectar y sancionar prácticas peligrosas y abusivas en muchos de estos sectores mal regulados y de alto riesgo.

Trata de novias

Aunque las mujeres y las niñas víctimas de trata para ser entregadas como novias o esposas no estén reconocidas como un “sector laboral”, vale la pena hacer mención especial a este tipo de trata, ya que la salud de estas mujeres ha recibido muy poca atención hasta la fecha y las mujeres describieron algunos de los peores niveles de abuso y la mayoría de los problemas de salud más debilitantes. En este estudio, 53 mujeres procedentes de Vietnam fueron objeto de trata en China para ser entregadas como esposas, entre ellas dos niñas de entre 10 y 14 años. La trata de novias debe ser, sin duda, un área de estudio, así como de prevención y detección⁴¹.

Normas mínimas, inspecciones, indemnización y sanciones

Aunque este estudio no proporcione pruebas sobre la magnitud de los sectores infra regulados, nuestros hallazgos, junto con otras investigaciones, hacen alusión a los bajos salarios y a los sectores de baja cualificación donde no existen normas de salud y seguridad o incluso donde no se aplican las normas mínimas^{42, 43}. En este contexto, donde las inspecciones son muy escasas o inexistentes, algunos empleadores no están motivados para invertir en mecanismos de protección para los trabajadores, y algunos perpetran activamente graves abusos criminales. Esto plantea la cuestión de la regulación gubernamental y específica del sector para mantener unas normas mínimas, establecer respuestas médicas in situ a las lesiones laborales así como establecer leyes para garantizar el acceso equitativo a la indemnización, independientemente del estado migratorio. Al mismo tiempo, se deberían imponer mayores sanciones a los empleadores explotadores, y se deben perseguir a quienes cometen abusos criminales, incluida la trata.

Además de los riesgos laborales, las víctimas de trata de este estudio no indicaron haber tenido equipos de protección individual. Los equipos de protección individual deberían ser parte de un paquete básico de salud y seguridad de los trabajadores, especialmente de los que trabajan en situaciones de alto riesgo (como, por ejemplo, en la pesca y la construcción) o de los que trabajan con sustancias peligrosas o tóxicas (como, por ejemplo, en la agricultura y el procesamiento de alimentos). También es probable que los trabajadores de estos sectores infra regulados recibieran poca o ninguna formación (o formación en un idioma que no entendían) sobre el uso de, por ejemplo, equipos pesados o sustancias peligrosas. Este deficiente nivel de conocimiento y la inexperiencia podrían haber causado un mayor riesgo de lesión o enfermedad entre los individuos.

Reducción de los riesgos de salud laboral mediante una formación previa a la salida

Los peligros del lugar de trabajo transmitidos en este estudio sugieren que la formación previa al abandono del hogar puede tener potenciales beneficios para que los trabajadores migrantes aprendan las habilidades específicas del sector a modo de prevención de accidentes y lesiones. Esta formación previa subvencionada

por el estado o apoyada por alguna ONG (ej.: el trabajo doméstico, la pesca y la construcción) puede conducir a una mayor seguridad laboral, así como a puestos de trabajo posiblemente mejor remunerados, revisiones de los contratos de trabajo más eficaces, y una mayor capacidad de buscar asistencia en los lugares de destino⁴⁴.

Mejora del uso de los servicios sanitarios en los lugares de destino, a través de la información previa sobre el acceso a la atención médica

Además del desarrollo de habilidades, la información previa a la salida destinada a los trabajadores migrantes debería incluir descripciones de los derechos a la atención médica y a otros servicios sanitarios en los principales lugares de destino. Incluso en los lugares donde los derechos a los servicios gratuitos son limitados, la gente puede a menudo tener acceso a tratamientos gratuitos para ciertos aspectos (por ejemplo, la salud sexual y la medicina de emergencia) o a servicios prestados por ONG. Los equipos que trabajan con el fin de proporcionar información previa a los trabajadores migrantes deberían tratar de incluir información sobre los servicios sanitarios en los principales países de empleo, además de información de contacto de asistencia, por si se encuentran en circunstancias difíciles.

Violencia en los lugares de destino: detección, prevención y respuestas

Los abusos físicos, sexuales y psicológicos han sido y siguen siendo una característica distintiva de la trata de personas. Los resultados de nuestro estudio vuelven a confirmar que la violencia tanto dentro como fuera del lugar de trabajo son las violaciones más frecuentes entre las personas objeto de trata. Aproximadamente la mitad de los participantes adultos y menores (47,4 %) de este estudio informaron que fueron física y/o sexualmente abusados. Los niveles y tipos de maltrato tienen implicaciones importantes para la salud. Las pruebas extraídas a partir de los estudios sobre violencia demuestran las múltiples y duraderas consecuencias sanitarias asociadas con las diversas formas de abuso^{45,46}. Además, uno de cada dos participantes fue personalmente amenazado o recibió amenazas contra alguien cercano a ellos. Las amenazas son un medio eficaz para evitar que las personas traten de huir de situaciones de trata.

El predominio de la violencia y las amenazas de este estudio también indica que los temores de las personas en relación a lo que podría pasarles si trataban de escapar estaban fundamentados.

A partir de este estudio, hemos podido detectar que las personas explotadas en algunos sectores parecían estar más expuestas a la violencia que las personas de otros sectores, tales como las “novias/esposas” (88,5 %), la pesca (68,4 %), el trabajo sexual (50,8 %), la servidumbre doméstica (60,5 %) y la mendicidad (36 %). Estos resultados no son necesariamente generalizables a los sectores más amplios.

Los resultados del estudio muestran un alto predominio de violencia indicando que los evidentes signos de abuso laboral, como la violencia, pueden ser comunes, y esto puede tener consecuencias en la reglamentación laboral, las inspecciones de seguridad y salud, y por supuesto, en el orden público.

Si hubiera inspecciones de salud y seguridad más específicas en los sectores comúnmente asociados con las prácticas de trata de personas (por ejemplo, la pesca y el trabajo doméstico), y si las inspecciones incluyeran entrevistas anónimas y privadas con los trabajadores, las inspecciones podrían servir como elemento disuasorio para los empleadores y los gerentes abusivos, así como un medio de identificación y apoyo a las personas que son objeto de trata. Desde la perspectiva de la cadena de suministro, las grandes corporaciones que compran los productos comúnmente asociados con la trata (por ejemplo, el pescado y las gambas) deberían hacer mayores esfuerzos para garantizar que sus proveedores son empleadores éticos⁴⁷. Las empresas que planean comprar o invertir en sectores reconocidos por casos de trata deben llevar a cabo la debida diligencia para identificar a los empleadores que no se adhieren a normas de salud y seguridad adecuadas en el trabajo.

Con respecto a la aplicación de la ley—quienes trabajarán junto con los inspectores de trabajo—, una mayor detección de casos de violencia repercutirá en el aumento de casos jurídicamente procesados. La violencia es un delito claro y perseguible, y a menudo sea más difícil demostrar niveles de explotación criminal. Un empleador, traficante o gerente que ejerce alguna forma de violencia o agresión puede ser fácilmente acusado, independientemente de si se puede probar o no el caso de “trata de personas”.

Los resultados son también informativos para los proveedores de servicios post-trata, a quienes les interesará el predominio de abusos entre los supervivientes para dar prioridad a la evaluación de traumas y al tratamiento de lesiones y/o reacciones psicológicas agudas y/o duraderas³⁷.

Reconocer el confinamiento y las restricciones del lugar de trabajo

La libertad de movimiento restringida, el confinamiento físico o la detención por amenazas —implícitas o directas— son indicadores esenciales de una situación de trata o trabajo forzado. Dos de cada tres participantes (67,9 %) informaron de que “nunca” o “casi nunca” fueron libres de ir “a donde quisieran o hacer lo que quisieran”, y más de la mitad de los participantes indicaron que “nunca” eran libres. Casi la mitad de los participantes dijeron que nunca trataron de salir de su situación. No en vano, los participantes que notificaron que sus movimientos y sus opciones estaban limitados eran mucho más propensos a experimentar algún tipo de violencia. De los 596 participantes que informaron “nunca” ser libres, el 61,7 % (n=368) manifestaron haber experimentado algún tipo de violencia física o sexual. En cambio, el 13,9 % (n=19) de los 137 participantes informaron haber

tenido “siempre” esa libertad de movimiento, aunque también transmitieron algún tipo de violencia mientras fueron objeto de trata. En alguna ocasión se ha preguntado (por la policía u otros) por qué la gente no huye de estas situaciones si no están físicamente confinados. Estos niveles de abuso y las percepciones de libertad de circulación de las personas son una buena indicación de por qué la gente no “huye”. Para algunos, este tipo de “aprimamiento traumático” está estrechamente vinculado con el “apaciguamiento”, y para otros, incluso con el “Síndrome Estocolmo”. Aunque esta estrategia defensiva natural mantenga a una persona segura mientras es objeto de trata, puede tener efectos a largo plazo con respecto a su funcionamiento psicológico, especialmente si la persona ha estado en esa situación de “aprimamiento” durante largos períodos de tiempo.

Algunos participantes indicaron haber estado en situación de trata durante muchos años, hasta casi una década (como en el caso de los menores víctimas de trata para la mendicidad), mientras que otros fueron detectados antes de llegar a su destino. Además de los peligros físicos de estar en una situación de trata durante largos períodos de tiempo, como se ha señalado anteriormente, los efectos de la tensión psicológica de estos períodos de miedo indeterminados, de no saber muy bien cuándo saldrían o volverían a casa, son considerables. Para aquellos que se encuentran en situaciones aisladas, como los trabajadores domésticos, estos largos períodos pueden generar soledad extrema e incluso un sentido de profunda desesperanza.

Además de destacar las condiciones de trabajo abusivas, este estudio también detalla las estresantes condiciones de vida insalubres y a menudo peligrosas. Incluso cuando no estaban trabajando, los participantes a menudo no se sentían tranquilos o cómodos durante su tiempo libre, o no podían dormir bien. El “hogar” (o el contexto no laboral) ofrece, supuestamente, un respiro de las tensiones de trabajo; sin embargo, las personas objeto de trata raramente pasan sus horas no laborales en un lugar seguro y tranquilo. Algunos incluso viven y duermen en el mismo lugar en el que trabajan. Otros que viven fuera del lugar de trabajo viven en condiciones poco higiénicas y de hacinamiento, a veces privados de comida nutritiva, higiene e incapaces de tener una noche de sueño después de largas y arduas horas de trabajo. Además, muchos no podían utilizar su tiempo libre para estar en contacto con sus amigos o familiares. Este tipo de aislamiento social, con poco apoyo emocional (para poder “amortiguar el estrés”), puede tener importantes implicaciones en la salud mental de las personas ⁴⁸⁻⁵⁰.

Las inspecciones de salud y seguridad para identificar los riesgos de salud laborales también deberían tratar de identificar situaciones de restricción de movimiento y condiciones de vida poco saludables como parte de una respuesta integral para mejorar las condiciones de los trabajadores migrantes.

Abordar los efectos de los resultados de salud mental desde los procesos oficiales

Los síntomas de salud mental posteriores a la trata, además de causar una profunda angustia psicológica, a menudo conducen a problemas prácticos, como por ejemplo, problemas relacionados con el día a día de las personas, síntomas físicos somáticos, tensión en las relaciones interpersonales y dificultades para participar en actividades generadoras de ingresos. Los síntomas psicológicos también pueden generar dificultades para participar en procesos oficiales, como en investigaciones y procesos penales.

Los proveedores de servicios de salud mental, como el personal de asesoramiento y los profesionales de atención sanitaria (los funcionarios judiciales), tal vez quieran tomar nota de esta co-morbilidad entre los síntomas psicológicos y el dolor físico (más del 20 % de los participantes sufrían dolores de cabeza intensos). Los síntomas físicos pueden estar estrechamente vinculados con la salud mental de los individuos. Sin embargo, los médicos no siempre han asumido esto, especialmente teniendo en cuenta los altos niveles de violencia y lesiones comunicados.

Como se ha señalado, tal combinación de síntomas puede ser debilitante en la medida en que las reacciones obstaculizan la recuperación post-trata a través de las actividades sociales, la vida familiar, el empleo y los planes de futuro, lo cual, a su vez, agrava aún más la salud mental de las personas.

Por ejemplo, los supervivientes pueden tener dificultades para “encajar” de nuevo en sus relaciones y vidas anteriores a raíz de una experiencia que les ha producido cambios tanto a ellos mismos como a su capacidad de confiar en los demás, y esto puede alterar su capacidad para hacer frente a las adversidades y al estrés. Como se señala en las conclusiones, aproximadamente la mitad (45,1 %) de los participantes notificaron que no tenía intención de hablar sobre su experiencia con otras personas.

Los síntomas relacionados con la ansiedad de los supervivientes pueden afectar a las investigaciones criminales y los procesos judiciales. Es importante destacar que más de un tercio (34,1 %) de los participantes eran incapaces de recordar partes de sus experiencias más traumáticas o dolorosas. Este síntoma relacionado con el trauma tiene implicaciones significativas en aquellas personas que pueden participar en investigaciones criminales o ejercer como testigos en procedimientos judiciales. Para un superviviente que ofrece información a la policía o proporciona pruebas en los tribunales, los problemas de memoria pueden afectar en su credibilidad, sobre todo cuando recuerdan las situaciones más detalladas y éstas provocan cambios en los testimonios.

Al mismo tiempo, los supervivientes pueden experimentar un aumento de ansiedad como resultado de su participación en procesos estresantes, como por ejemplo, en testificaciones ante el tribunal, o cuando tienen que enfrentarse con sus traficantes o tienen que responder a preguntas relacionadas con la veracidad

de sus relatos ante un foro público.

Del mismo modo, los síntomas pueden empeorar por factores de estrés actuales y futuros, como el temor a represalias por parte del traficante. Los hallazgos indican que las personas que temían a su traficante o empleador tenían más probabilidades de experimentar síntomas de trastorno de estrés postraumático (41,5 %) que los que no lo hacían (29,6 %).

Para los médicos es muy importante hablar sobre la seguridad personal con los supervivientes a la trata, ya que las personas involucradas en su situación de trata pueden causarle daño, y porque las percepciones de que se encuentran en riesgo afectan negativamente a su proceso de curación. Cuando la seguridad de una persona parece estar en riesgo, los médicos pueden querer involucrar a los funcionarios jurídicos en la planificación de la protección.

Diseño de la planificación, el proceso y el apoyo de reintegración

Aunque las personas objeto de trata pueden tener recuerdos perturbadores y luchar contra las repercusiones emocionales de los abusos que hayan podido sufrir en el pasado, a menudo son las preocupaciones a largo plazo la fuente de su más profunda preocupación. Como cabe esperar, la mayoría de los supervivientes explicaron que sus preocupaciones post-trata se centraban en cómo iban a buscar ingresos en el futuro. Sin embargo, también es importante mencionar que para casi la mitad de los participantes, una de sus principales preocupaciones eran los problemas de salud de su familia, mientras que un tercio notificó que estaba preocupado por su propia salud física y una cuarta parte indicó que su principal preocupación era su salud mental. Significativamente, y como se ha sugerido anteriormente, a muchos les preocupaba su seguridad frente al traficante.

No cabe duda de que en la fase post-trata los supervivientes se benefician del apoyo profesional de una variedad de proveedores de servicios que trabajan conjuntamente. Además de los aspectos prácticos de la reintegración (el viaje de retorno, la vivienda, la documentación, etc.), los supervivientes necesitan apoyo para su salud, y algunos, incluso consejos para lidiar con los problemas de salud de sus familiares. Además, y especialmente para los menores, podría existir la necesidad de llevar a cabo evaluaciones vinculadas a la seguridad antes del retorno, para así asegurar que las personas vuelven a un lugar donde pueden recuperarse y prosperar, y no a situaciones de abuso o violencia doméstica, por ejemplo. Algunos también pueden beneficiarse de ayuda para explicar a sus familias lo que les ha sucedido y los efectos que estos eventos traumáticos pueden tener sobre sus emociones y su comportamiento efectos en los próximos meses. Poco más del 40 por ciento de los participantes informó que les preocupaban los sentimientos de culpa o vergüenza, lo que es muy difícil de superar sin el apoyo de la familia y/o los amigos, y que sin duda se habrían agravado por las recriminaciones y el estigma. El apoyo para la reintegración también podría incluir asesoramiento a los

familiares sobre cómo apoyar a alguien que está sufriendo las secuelas físicas y psicológicas de la explotación y el abuso.

Observaciones finales

Tal y como sugieren las crecientes cifras de migración globales, la gente no va a dejar de intentar migrar para mejorar sus vidas y el bienestar de sus familias. Como tal, los criminales y los explotadores sin escrúpulos no van a dejar de tratar de aprovechar las oportunidades que les presenta el capitalismo global y la vulnerabilidad de los posibles migrantes, ya sea en migraciones dentro de su propio país o a través de fronteras internacionales. Esto significa que los políticos y los proveedores de servicios deben trabajar aún más duro tanto para fomentar oportunidades de trabajo seguras para los trabajadores migrantes, así como para garantizar servicios de salud adecuados para ayudar a sanar a las personas que acaban convirtiéndose en objeto de abusos y trata.

Dada la escasez de pruebas sobre la salud y la trata de personas en diferentes formas de trabajo, estos resultados deberían utilizarse ampliamente para informar a los profesionales de los servicios en el diseño de los servicios sanitarios y los sistemas de referencia para apoyar a las víctimas de trata. Estos resultados también deberían ser utilizados por aquellas personas que toman decisiones, ya que pueden crear un entorno de políticas informadas y receptivas que tenga plenamente en cuenta las opciones de intervención para proteger la salud de las personas.

La trata de personas es un delito que implica prácticas de explotación severas y abusivas que causan daños graves y a menudo de larga duración en las personas. Debido a los daños causados al cuerpo y la psique de la gente, la salud debe estar en el centro de las respuestas para hacer frente a la trata de personas.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio es la potencial generalización de los resultados (la capacidad de sacar conclusiones acerca de una población basada en una muestra). De hecho, es extremadamente difícil localizar y entrevistar de manera segura a las personas que se encuentran aún en situación de trata. Los datos acerca de las experiencias de las personas objeto de trata, y en particular sobre su salud, provienen habitualmente de entornos posteriores a la trata, e incluso este conjunto de pruebas sigue siendo muy pequeño. Se han realizado muy pocos estudios, y los análisis cuantitativos y los datos obtenidos sobre los servicios son muy limitados. Por todo ello, todavía tenemos muy poca información “generalizable” sobre la situación de una “población más amplia” de personas objeto de trata. Con el fin de aumentar la validez externa de este estudio (es decir, la posibilidad de generalizar los resultados a una población de víctimas de trata más amplia), se incluyeron numerosos servicios con diferentes ámbitos de programación en los tres países. Los resultados de este estudio representan los riesgos para la salud y las experiencias de las personas que estaban utilizando

los servicios post-trata en los países del estudio durante el periodo de trabajo de campo que transcurre entre octubre de 2011 y mayo de 2013. A pesar de que las características demográficas de esta población pueden diferir de lo que podría considerarse una “población más amplia de personas víctimas de trata en el Mekong”, sus experiencias de riesgo y las asociaciones con diversas necesidades de salud y seguridad pueden ser comparables a las demás víctimas de trata con fines similares. Además, estos resultados ofrecen información importante sobre los patrones de las necesidades vinculadas con los servicios post-trata de los supervivientes.

Los servicios participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de selección utilizados para determinar quién es elegible para los servicios varían entre los países y, a veces, incluso entre los proveedores de servicios. Los resultados del estudio STEAM deben ser interpretados con cautela. Por ejemplo, en Tailandia, los datos de STEAM provienen de personas que utilizan los servicios dirigidos por el gobierno —aceptar la ayuda es un requisito para el proceso de repatriación, y las víctimas de trata deben permanecer en estos servicios gubernamentales hasta concluir los procesos legales—. En Vietnam, los datos provienen de personas que utilizan los servicios vinculados con el gobierno, con la restricción de que sólo los ciudadanos identificados como víctimas de trata son derivados a estos servicios. En Camboya, los datos provienen de individuos repatriados de países de la región, a través de los servicios de la OIM y una red más amplia de ONG, ya que no todos están afiliados con el gobierno (Nota: el Centro de Tránsito Poipet está gestionado por el Ministerio de Asuntos Sociales de Camboya).

También se debe destacar que no todas las personas objeto de trata reciben ayuda⁵¹. El estudio STEAM proporciona datos sobre las personas que se someten a un proceso de selección por parte de los funcionarios de inmigración, la policía u otras agencias, y por lo tanto, no es posible conocer los posibles efectos del sesgo de selección. Este es un problema conocido en las encuestas de víctimas de trata.

A pesar de los potenciales sesgos de selección en los datos proporcionados por los clientes del servicio, por razones éticas y de seguridad, los investigadores reconocen que la población más adecuada para llevar a cabo estudios primarios son las personas que se encuentran ya fuera de una situación de trata y están bajo el cuidado de los proveedores de servicios^{3,51}. En los refugios y servicios post-trata, los individuos están identificados de manera segura y ética, y se les puede invitar para realizar entrevistas. En caso de que las personas necesitaran asistencia durante o después de la entrevista, el personal de los servicios estará a su disposición para proporcionarles ayuda⁵¹. Por el contrario, intentar ponerse en contacto con los individuos mientras están en una situación de trata puede ser peligroso tanto para el individuo como para el investigador. Además, la búsqueda de víctimas de trata una vez que han regresado a sus casas plantea otro tipo de problemas, tales como el riesgo de estigmatización en la comunidad, si el individuo en cuestión no quiere que se sepa su experiencia. Incluso el investigador más cuidadoso y bien

intencionado puede poner al individuo en riesgo si él o ella se encuentra todavía en una situación de trata³.

Otro reto habitual de la investigación está vinculado con los datos que faltan. En las investigaciones es inevitable que se pierdan valores en el conjunto de datos, y en ocasiones, ello puede afectar a la fiabilidad de los resultados⁵². Los datos pueden perderse por varias razones, incluso que el encuestado no quiera responder a preguntas concretas, la interrupción de las entrevistas, errores en la aplicación del cuestionario o procedimientos de entrada de datos. En nuestro estudio, hemos tratado de evitar ese tipo de errores en la aplicación del cuestionario, y durante dos intensas semanas, hemos preparado a los entrevistadores de cada país; además, optamos por procedimientos de doble entrada de datos para evitar la pérdida de datos. No obstante, hemos perdido algunos valores en algunas variables de nuestro estudio, incluso en los resultados sobre la violencia y la salud mental. Es posible que no todos los participantes se sintieran cómodos respondiendo a estas preguntas. En tal caso, optamos por indicar los valores perdidos y no usar ningún método estadístico para hacer frente a los valores perdidos en esta etapa. Esta decisión fue adoptada con el fin de facilitar la interpretación de los resultados por parte de un público no académico. En el estudio, los valores perdidos se incluyen en el denominador de los datos que se presentan, a menos que se indique lo contrario.

Por último, se calculó el tamaño de la muestra para poder calcular la prevalencia de nuestros principales resultados (las variables de salud mental y violencia que se describen en la sección “Métodos”) entre toda la muestra y por país. Sin embargo, el desglose de estos porcentajes por sectores de explotación debería interpretarse con cautela, ya que el estudio no fue diseñado para medir el predominio entre esos subgrupos.

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

Reconocer la trata de personas como un problema de salud^{xi}.

Reconocer el Derecho a la Salud de las personas que han sido víctimas de trata.

Recomendaciones a los Estados

Gobierno y legisladores, y entidades responsables de responder a la trata de personas

- (a) Los estados de la subregión del Gran Mekong deberían desarrollar acuerdos regionales sobre el Derecho a la Salud de las mujeres, los hombres y los menores que son objeto de trata.
- (b) Los Estados deberían desarrollar mecanismos de referencia regionales y nacionales para garantizar la priorización de la salud de las personas objeto de trata a través de referencias seguras y respaldadas entre agencias, además de la transferencia de información médica y medidas para asegurar la continuidad de la atención necesaria. Los mecanismos de referencia deberían reconocer la necesidad del consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad de todos los individuos. Estos mecanismos deberían aplicarse junto con los marcos jurídicos necesarios para la seguridad de la salud pública.
- (c) Los Estados deberían aprobar una legislación nacional, o enmiendas a la legislación existente, con el fin de proveer la asistencia sanitaria adecuada a las personas víctimas de trata. El cuidado debería de estar financiados por el Estado y coordinado mediante estrategias de los principales organismos que se encargan de la trata de personas. Los servicios deberían tener en cuenta tanto la edad como el género de las víctimas, y ser ofrecidos de forma voluntaria, con el consentimiento informado. En concreto:
 - (i) Garantizar acceso facilitado por el Estado a servicios sanitarios para víctimas de trata en el mismo lugar donde se solicitan.
 - (ii) Proporcionar servicios sanitarios por parte de profesionales capacitados para atender a las víctimas de trata.
 - (iii) Dedicar líneas presupuestarias para subvencionar la atención sanitaria, ya sea a través de fondos nacionales contra la trata o fondos del Ministerio o el Departamento de Salud.

^{xi}“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, nº 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948).

- (iv) Conceder a las víctimas de trata derechos legales inmediatos para que puedan acceder a servicios sanitarios subvencionados por el Estado en los lugares de destino, tránsito y de retorno. Este derecho debería estar debidamente especificado en los pertinentes instrumentos legales, independientemente del estado legal o la capacidad de pago de las personas.
- (v) No mantener a las víctimas de trata detenidas.
- (vi) No devolver a las víctimas de trata a lugares donde su salud y su seguridad puedan estar en riesgo.
- (vii) Verificar que las necesidades de atención sanitaria de las víctimas de trata pueden ser atendidas en su lugar de origen, en coordinación con el lugar de destino.
- (viii) Asegurarse de que las políticas y los procedimientos de retorno de las víctimas de trata priorizan la seguridad y la salud de los individuos, y que el consentimiento y el retorno son voluntarios.
- (ix) No enviar a las víctimas de trata de los lugares de destino o tránsito sin proporcionarles una atención médica adecuada y aceptada de manera voluntaria para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria inmediata.
- (x) Garantizar apoyo financiero para proporcionar servicios de salud especialmente designados para víctimas de trata (objeto de trata ya sea en el país o en el extranjero) cuando vuelvan a casa, donde los servicios existentes no son suficientes para satisfacer sus necesidades de atención sanitaria, independientemente de su capacidad de pago. Establecer un fondo nacional o del Ministerio de Salud para subvencionar la asistencia sanitaria de las personas objeto de trata.
- (xi) Destinar a las personas que han sido objeto de trata en su propio país, o que están regresando de una situación de trata en el extranjero a su país de origen, los mismos derechos a los servicios sanitarios subvencionados por el Estado, independientemente del período de tiempo que hayan permanecido fuera del país.
- (xii) Reconocer los derechos de salud, seguridad y trabajo en la legislación nacional destinada a la protección en los sectores laborales, incluidos los mecanismos para compensar a las víctimas de trata por el daño, la discapacidad o la angustia causada, y proporcionar la asistencia necesaria vinculada a fondos de reparación y a hacer frente a los variados efectos sanitarios de los abusos asociados con la trata.
- (xiii) Abogar por la asistencia a las víctimas a través de fondos de reparación

y compensar por el daño, la discapacidad o la angustia causada mediante mecanismos regionales, asociaciones laborales e industriales nacionales, e instituciones de la salud.

- (d) Los Estados deberían facilitar la colaboración entre los principales organismos contra la trata, y el Ministerio o Departamento de Salud para establecer respuestas de salud coordinadas.
- (e) Los Estados deberían aprobar una legislación para exigir inspecciones de seguridad y salud laboral concretas y regulares en las industrias conocidas por la explotación de sus trabajadores y la trata de personas. Se deben poner en marcha mecanismos legales sólidos para proteger a los trabajadores e imponer sanciones a los explotadores. El personal de inspección laboral debería estar debidamente capacitado para identificar y derivar a las posibles víctimas de trata.
- (f) Los Estados deberían establecer indicadores de salud para supervisar, como mínimo: (a) los riesgos sanitarios de las personas identificadas como víctimas de trata; (b) las consecuencias sanitarias notificadas o diagnosticadas entre las víctimas de trata; (c) las respuestas de los servicios de salud y los tratamientos recibidos por las personas objeto de trata. Estos datos deberían ser anónimos e integrados en los mecanismos nacionales y regionales para la recolección de datos además de ser gestionados públicamente (Ej: Reporteros nacionales especiales).
- (g) Establecer indicadores de salud para controlar, como mínimo: (i) los riesgos de salud de las personas identificadas como víctimas de trata; (ii) las consecuencias sanitarias notificadas o diagnosticadas entre las personas objeto de trata; (iii) las respuestas a los servicios de salud y el trato recibido por las víctimas de trata. Estos datos deberían ser anónimos y estar integrados en los mecanismos nacionales y regionales para la recolección de datos, los cuales deberían ser públicamente notificados (por ejemplo, por relatores nacionales especiales).
- (h) Asegurar que las principales autoridades nacionales contra la trata de personas incluyen a proveedores de salud entre los primeros en responder en la identificación y remisión de las posibles víctimas de trata, y garantizar que se incluyen a profesionales sanitarios en las actividades estratégicas de planificación y capacitación.

Ministerio de Salud

- (a) Participar en grupos estratégicos de trata de personas nacionales, contribuir a los planes de acción nacionales e invitar a importantes representantes

profesionales de servicios sanitarios, si fuera necesario. El Ministerio debería participar activamente con las autoridades de lucha contra la trata para garantizar que la provisión de servicios sanitarios para víctimas de trata está debidamente integrado tanto en la legislación como en las redes de referencia y prestación de servicios.

- (b) Trabajar en estrecha colaboración con otros proveedores de servicios (en áreas como la violencia sexual, la violencia doméstica, los refugiados y los servicios migratorios) para integrar las respuestas sanitarias para las víctimas de trata en los existentes servicios especializados, protocolos y redes de referencia.
- (c) Desarrollar políticas y designar líneas presupuestarias a un fondo común de ayuda a las víctimas orientado a satisfacer las necesidades de atención sanitaria urgentes y a largo plazo de las víctimas de trata.
- (d) Mantener políticas y presupuestos para fomentar servicios provisionados a través de redes de salud existentes, incluidas las clínicas locales, los voluntarios sanitarios de los municipios o los centros de atención sanitaria para los sectores donde la trata de personas es común.
- (e) Ayudar a establecer y promover una atención médica interna en organizaciones de asistencia (la sociedad civil) u opciones de referencia sencillas de organizaciones y centros de acogida post-trata.
- (f) Asegurar que a las personas objeto de trata no se les niega la atención médica injustificadamente, informando a las personas interesadas en acceder a la atención sanitaria de sus derechos, y desalentando los prejuicios para que a las personas no se les nieguen los servicios en función de su nacionalidad, idioma, etnia o estigma. Supervisar regularmente para garantizar que se respetan los derechos de acceso a los servicios.
- (g) Trabajar en coordinación con las autoridades competentes y los grupos no gubernamentales para desarrollar y difundir materiales multimedia para la promoción de la salud diseñados para su distribución a: (i) las personas en riesgo de trata; (ii) las personas que puedan estar en situaciones de explotación; y (iii) los supervivientes a la trata. Los materiales se deberían desarrollar con el apoyo financiero del presupuesto nacional, las organizaciones internacionales y/o los donantes, y los materiales deberían estar diseñados para informar a personas alfabetizadas y analfabetas. Los materiales multimedia deberían incluir, como mínimo:
 - (i) Una definición clara de “trata de personas”, para que los profesionales de los servicios puedan identificar a las víctimas, y las propias víctimas reconozcan una “situación de trata” y se pueden auto-identificar.

- (ii) Una línea telefónica u otra indicación de dónde llamar para pedir ayuda.
 - (iii) Descripción de las complicaciones sanitarias comúnmente experimentadas por las víctimas de trata, incluyendo descripciones de signos y síntomas de enfermedad y las opciones de tratamiento.
 - (iv) Información sobre los derechos a los servicios de salud de los residentes y no residentes en los países de destino conocidos, así como los derechos de las personas objeto de trata a los servicios sanitarios en los países de recepción y/o de origen.
 - (v) Materiales traducidos a diversos idiomas que incluyan detalles relevantes para su distribución en diferentes países.
- (h) Desarrollar materiales y formaciones para profesionales sanitarios para que éstos puedan identificar y remitir a las personas sospechosas de haber sido víctimas de trata, así como para proporcionar tratamiento a los supervivientes a la trata. Los materiales deben ser desarrollados en coordinación con las agencias de lucha contra la trata y las organizaciones no gubernamentales. Los materiales multimedia deberían estar basados en modelos de buenas prácticas ya existentes establecidos para otras formas de violencia interpersonal, la atención de migrantes y refugiados, la seguridad laboral y la medicina sanitaria, en función de la edad y el género. Los recursos deberían incluir, como mínimo:
- (i) Información de sensibilización para informar a los proveedores sobre los problemas de salud, protección y seguridad relacionados con la trata de personas.
 - (ii) Descripciones de patrones de morbilidad habituales.
 - (iii) Recomendaciones sobre enfoques apropiados que tengan en cuenta las necesidades físicas, psicológicas, de seguridad y de protección post-trata.
 - (iv) Recomendaciones sobre la privacidad, la confidencialidad, la seguridad y la atención.
 - (v) Información actualizada para otro tipo de asistencia (asistencia jurídica, oportunidades educativas, etc.).
 - (vi) Materiales regionales y nacionales específicos que incluyan una lista de recursos de asistencia de emergencia disponibles a nivel local.
- (i) En general, el Ministerio de Salud debería poner en marcha una política de salud migratoria y marcos legales, así como sistemas de vigilancia de la salud de las personas migrantes, proporcionando el marco para

abordar las necesidades médicas de las personas objeto de trata. Estos deberían basarse en un enfoque de salud pública que respete las normas internacionales sobre la protección de los migrantes y su Derecho a la Salud, y promover el intercambio de información sanitaria en base a datos sanitarios estandarizados entre países y sectores ⁵³.

Orden pública, inmigración y agencias principales en responder a la trata de personas

- (a) No exigir a las personas objeto de trata que participen en la recogida de información, investigaciones penales o procedimientos judiciales como condición para obtener atención médica o como condición de asilo.
- (b) Asegurar que las personas objeto de trata no están involuntariamente acogidas o alojadas en instalaciones cerradas, cárceles o centros de detención de migrantes.
- (c) Asegurar que las personas objeto de trata, en los servicios de atención gubernamentales o no gubernamentales, tienen libertad de movimiento y toman decisiones informadas y de forma voluntaria.
- (d) Promover el derecho al empleo de los supervivientes a la trata en los lugares de destino.
- (e) Establecer un sistema de referencia nacional que cuente con la participación de los servicios gubernamentales y no gubernamentales para asegurar el apoyo y la protección integral.
- (f) Colaborar con y apoyar al personal del sector sanitario para poder identificar, tratar y/o derivar a las personas objeto de trata. Asegurar que se incluyen a los representantes del sector sanitario en los debates políticos, especialmente a los médicos responsables de responder a la violencia y para la atención de las poblaciones vulnerables.
- (g) Solicitar a la policía, al personal de inmigración y al personal de las embajadas en el extranjero que aseguren que las personas sospechosas de haber sido objeto de trata se les pregunta sobre sus problemas de salud, el dolor y las necesidades médicas urgentes en el primer punto de contacto. Asegurar que las preguntas sobre la salud y el bienestar se plantean en privado y en un idioma que el individuo pueda entender.
- (h) Solicitar a la policía, al personal de inmigración y al personal de las embajadas en el extranjero que respondan ante las necesidades médicas urgentes y graves molestias, dirigiendo a los individuos a la atención médica profesional antes de realizar las respectivas preguntas o el interrogatorio.

- (i) Ofrecer exámenes forenses a las personas que han sido objeto de trata con el fin de apoyar el enjuiciamiento de los traficantes, en su caso. Obtener el consentimiento informado antes de realizar cualquier examen en la lengua materna del individuo y proporcionarle los resultados de los exámenes.
- (j) Establecer guías de buenas prácticas para los funcionarios vinculados a la aplicación de la ley, incluidos los funcionarios del consulado desplegados en la región para así entrevistar a las personas objeto de trata en base a los modelos de buenas prácticas existentes para las víctimas de asaltos sexuales, testigos vulnerables y víctimas de violencia doméstica, todo ello con el fin de asegurar que las entrevistas son seguras y no conllevan ningún estrés.
- (k) Llevar a cabo actividades de capacitación y sensibilización para el personal vinculado a la aplicación de la ley y los funcionarios consulares desplegados en la región que pueden encontrarse con personas objeto de trata. La información proporcionada debería incluir, como mínimo, los siguientes aspectos:
 - (i) Saber a dónde derivar a un sospechoso víctima de trata.
 - (ii) Entender las diversas formas de violencia y otros riesgos para la salud experimentados por las personas objeto de trata.
 - (iii) Reconocer la variedad de complicaciones médicas urgentes y no urgentes sufridas por las personas objeto de trata.
 - (iv) Responder adecuadamente a las complicaciones de salud urgentes y no urgentes transmitidas.
 - (v) Entender y responder a las reacciones pos traumáticas, incluidas la angustia, la ansiedad, la hostilidad y otras reacciones psicológicas.
 - (vi) Entender cómo podrían afectar diferentes resultados sanitarios en el comportamiento y las reacciones de una persona en entornos oficiales o durante procedimientos oficiales, en particular, en el aprendizaje de los efectos negativos del trauma en la memoria y los recuerdos.
 - (vii) Restricción o finalización de las entrevistas con personas que sufren una gran angustia, dolor o malestar, y su derivación urgente para que obtenga la atención médica necesaria.
 - (viii) Proporcionar especial atención al personal que puede estar involucrado en la evaluación de las necesidades médicas o la realización de exámenes forenses.
- (l) Poner a disposición de las víctimas de trata la opción de disponer de una persona de apoyo por parte de un agente no estatal, ONG o servicio de apoyo financiado por el Estado (por ejemplo, trabajadores sociales y oficiales de protección de la infancia) una vez identificadas por las fuerzas del orden o

cuando están cooperando con ellas.

- (m) Asegurar que se aplican medidas para vigilar periódicamente la salud y el bienestar de los individuos que han sido identificados o están cooperando con la policía o los servicios de inmigración, o participando en una investigación o un procedimiento judicial.
- (n) Retrasar las entrevistas de investigación hasta que el dolor físico y el funcionamiento cognitivo de la persona hayan mejorado a un nivel que sea capaz de tomar decisiones informadas y reflexivas sobre su seguridad y bienestar, y proporcionar información más fiable sobre los acontecimientos relacionados con la trata.

Ministerio de Trabajo y organizaciones relacionadas con el trabajo

- (a) Desarrollar y dedicar partidas presupuestarias a estrategias que incluyan la inspección periódica de las industrias y los sectores laborales específicos en los que la explotación y la trata de personas son habituales.
- (b) Formar a los funcionarios del servicio de inspección laboral y asuntos laborales para que puedan identificar y responder ante situaciones sospechosas de trata de personas y denunciar a los presuntos autores.
- (c) Desarrollar mecanismos de coordinación entre los inspectores de trabajo y el sector judicial criminal para garantizar que los responsables de la trata laboral, incluidas las empresas o entidades, son denunciados, investigados y sancionados.
- (d) Llevar a cabo actividades de formación y sensibilización para el personal de inspección laboral, incluidos los puntos focales de seguridad laboral y voluntarios. La información proporcionada debería incluir, como mínimo, los siguientes aspectos:
 - (i) Reconocer, registrar y notificar las situaciones de explotación y trata de personas.
 - (ii) Reconocer, registrar y notificar los riesgos de salud y seguridad asociados con la trata laboral, incluidos los riesgos relacionados con el trabajo, las condiciones de vida, las dinámicas de explotación, la violencia, las amenazas, la confiscación de documentos, contratos, acuerdos de pago y el estatus legal.
 - (iii) Reconocer, registrar y notificar la variedad de complicaciones de salud urgentes y no urgentes planteadas por diferentes prácticas y condiciones relacionadas con la industria.

- (iv) Registrar y notificar las violaciones de salud y seguridad para reconocer específicamente las situaciones de posible explotación y trata de personas.
 - (v) Apoyar al personal de inspección laboral y a voluntarios identificados en el lugar de trabajo como miembros del equipo multidisciplinario para la remisión de las posibles víctimas de la trata para que puedan obtener un mayor apoyo.
 - (vi) Responder adecuadamente a las complicaciones de salud urgentes y no urgentes comunicadas.
 - (vii) Enfoques seguros para hacer frente a situaciones de trata de personas.
- (e) Vigilar los sectores de alto riesgo de situaciones de trata y poner los resultados de las inspecciones a disposición del público.
- (f) Vigilar las agencias de reclutamiento extranjeras y locales para asegurar que mantienen las normas correspondientes a las agencias de contratación registradas y no utilizar prácticas engañosas, coercitivas o de servidumbre por deudas. Los reclutadores deberían estar obligados a:
- (i) Ayudar a que los clientes obtengan un seguro de salud gratuito o asequible, o que tengan acceso a servicios asequibles.
 - (ii) Facilitar el acceso para que los trabajadores puedan contactar y recibir asistencia en casos de abuso o explotación por parte de sus empleadores.
 - (iii) Facilitar el pago de la indemnización por los daños relacionados con el trabajo y para obtener atención médica por las consecuencias para la salud física y mental.

Las agencias de reclutamiento que no se adhieren a las regulaciones o son abusivas deberían ser penalizados y/o encerrados.

- (g) Permitir y facilitar el acceso para que los trabajadores migrantes puedan afiliarse a los sindicatos nacionales y así poder adquirir unas condiciones de trabajo saludables, acceso a la atención médica y una indemnización cuando se produzcan abusos.

Recomendaciones para donantes y presupuestos (Estados, organizaciones internacionales y donantes privados)

- (a) Destinar fondos para apoyar la salud de emergencia y a largo plazo y la

atención médica para las personas que han sido objeto de trata, y alentar la aplicación de programas que incluyen la atención sanitaria. En concreto, proporcionar fondos para el apoyo de:

- (i) Una vivienda segura y una nutrición adecuada.
 - (ii) Cribado de las necesidades sanitarias, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento de la salud sexual y reproductiva, las lesiones y la salud mental.
 - (iii) Medicamentos para aliviar los síntomas de dolor y angustia (dolores de cabeza, dolores de espalda, problemas de sueño, ansiedad).
 - (iv) Apoyo psicológico a largo plazo, reconociendo que los síntomas de trauma y angustia son muy comunes y recurrentes entre los supervivientes.
 - (v) Formación ocupacional y educativa para apoyar la integración social y económica de los individuos, y para mejorar su salud mental.
- (b) Abogar por el Derecho a la Salud y el acceso a las intervenciones sanitarias de las personas objeto de trata.
 - (c) Preparar al personal sanitario de modo que puedan identificar y proporcionar el tratamiento adecuado a las víctimas de trata.
 - (d) Preparar al personal proveedor de servicios de modo que puedan identificar y responder apropiadamente a las complicaciones sanitarias de las personas objeto de trata, ya sea directamente o a través del mecanismo de referencia.
 - (e) Capacitar al personal de inspección laboral para que puedan identificar, registrar y comunicar situaciones de explotación laboral y situaciones de riesgo de salud y seguridad asociados con el trabajo.
 - (f) Capacitar y sensibilizar a la policía, a los funcionarios de inmigración y a los funcionarios judiciales para que puedan preguntar y responder apropiadamente a las complicaciones sanitarias de las personas objeto de trata.
 - (g) Proporcionar servicios de interpretación o traducción, si procede.
 - (h) Llevar a cabo investigaciones rigurosas para informar a los proveedores de salud de las respuestas sanitarias a la trata de personas (véase la sección Comunidad de investigación).
 - (i) Promover que más países ratifiquen la Convención sobre Trabajadores

Migrantes, el Protocolo de Palermo y otras convenciones internacionales relacionadas con la seguridad del trabajador migrante, como por ejemplo, las referencias jurídicas sobre marineros.

Recomendaciones para los proveedores de servicios sanitarios

- (a) Desarrollar y promover estrategias y programas que se ocupan de los problemas de salud posteriores a la trata mediante un proceso de varias fases que incluye: (i) la crisis o la intervención sanitaria de emergencia; (ii) el apoyo durante el período de adaptación para la recuperación física y la estabilización psicológica de los individuos; y (iii) el cuidado durante el tratamiento de los síntomas a largo plazo.
- (b) Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud, las organizaciones no gubernamentales pertinentes y los agentes estatales para abogar por la aplicación de medidas legislativas y procedimientos de aplicación con el fin de garantizar que las víctimas de trata tienen derecho a servicios sanitarios apoyados por el Estado.
- (c) Desarrollar o identificar las herramientas de formación existentes para garantizar que los profesionales sanitarios están informados sobre la trata de personas y en condiciones de aplicar enfoques seguros para atender a las víctimas de trata. Ver las recomendaciones del Ministerio de Salud arriba mencionadas.
- (d) Establecer y/o mantener una red de referencia de los servicios de confianza, vinculándola con los mecanismos de referencia nacionales y transnacionales, según el caso.
- (e) Establecer y/o mantener procedimientos de referencia para las personas sospechosas de ser víctimas de la trata, así como para los que están recibiendo atención y están identificados, dando prioridad a la seguridad individual, la confidencialidad y la facilidad de acceso a los servicios a través de procesos de referencia. En concreto, asegurar que la identificación y la remisión se llevan a cabo de manera segura, voluntaria y lingüísticamente apropiada para priorizar la seguridad de los proveedores y las personas objeto de trata.
- (f) Establecer e implementar servicios móviles a los sectores laborales comúnmente reconocidos por situaciones de explotación y la trata de personas.
- (g) Garantizar que las evaluaciones y los tratamientos médicos tienen carácter voluntario y se llevan a cabo de acuerdo a las normas internacionales

sobre derechos humanos y las normas éticas y profesionales sobre la salud. En concreto, asegurar que los procedimientos para la obtención del consentimiento informado están implementados en la configuración del servicio.

- (h) Proporcionar apoyo a la salud física, sexual, reproductiva y mental en base a los modelos de buena práctica utilizados para los supervivientes a la violencia doméstica, el asalto sexual y la tortura, entre otros, y contar con directrices de buenas prácticas para las comunidades minoritarias y los refugiados.
- (i) Colaborar estrechamente con las organizaciones locales que prestan su asistencia a las víctimas de trata, con el fin de ayudarles mediante la provisión de los cuidados sanitarios requeridos.
- (j) Garantizar la confidencialidad de las historias clínicas de los individuos mediante la implementación de medidas de seguridad y privacidad, y respetar su derecho a acceder a su documentación médica proporcionándoles copias de la documentación vinculada con la salud de forma gratuita.
- (k) Respetar los derechos de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, ofreciéndoles servicios seguros para la interrupción del embarazo, asesoramiento para realizar pruebas voluntarias del VIH, medicamentos antirretrovirales y la profilaxis posterior a la exposición, si procede.

Recomendaciones para el sector comercial y empresarial

- (a) Asegurar que la producción de bienes o servicios no implica el trabajo forzado o la trata de personas, y que los productores cuentan con normas de salud y seguridad adecuadas.
- (b) Implementar mecanismos para garantizar que los contratistas y subcontratistas principales no hacen uso del trabajo forzado y que disponen de normas de salud y seguridad adecuadas.
- (c) Promover y financiar las inspecciones de salud y seguridad regulares de empresas, contratistas y subcontratistas.

Recomendaciones para organizaciones (no específicamente sanitarias), tales como refugios gubernamentales, ONG y otros servicios legales para las víctimas de trata

- (a) Asegurar que los programas de asistencia priorizan las necesidades médicas y sanitarias de los individuos, especialmente con respecto a las necesidades

sanitarias de carácter urgente. La salud de los individuos debería estar priorizada mediante:

- (i) La implementación de medidas específicas para indagar sobre una serie de complicaciones sanitarias cuando una persona llega a los servicios.
 - (ii) El tratamiento de problemas urgentes y el dolor.
 - (iii) El desarrollo de servicios médicos internos y servicios de extensión, cuando proceda.
- (b) Llevar a cabo actividades de incidencia política en colaboración con los responsables políticos y los proveedores sanitarios pertinentes con el fin de mejorar las políticas e incrementar la financiación destinada a la salud y la atención médica de hombres, mujeres y menores objeto de trata. En particular, abogar por la provisión de servicios sanitarios, independientemente de la condición legal o la capacidad de pago de la persona objeto de trata.
- (c) Establecer y/o fortalecer y monitorear una red de servicios de remisión en colaboración con los funcionarios de inmigración, el orden público y los inspectores de trabajo, y definir mecanismos y limitaciones de comunicación específicas para la coordinación.
- (d) Colaborar con los proveedores de salud pertinentes para garantizar que los profesionales están adecuadamente capacitados y preparados para identificar, derivar y tratar a las personas que han sido objeto de trata. Las especialidades de los servicios médicos pueden incluir, como mínimo: medicina genitourinaria, salud mental y asesoramiento psicológico, servicios para accidentes y urgencias, servicios para la terminación del embarazo, atención prenatal, servicios de desintoxicación y rehabilitación de drogas y alcohol, y servicios de extensión móviles.
- (e) Prestar servicios para las víctimas de trata en base a prácticas que prioricen la salud y la seguridad, tales como los procedimientos utilizados por los programas para los supervivientes de asalto sexual y violencia doméstica, migrantes o refugiados, y la salud y seguridad laboral. En su caso, las organizaciones de apoyo que trabajan en estos campos deberían tratar de expandir sus servicios para ofrecer asistencia a las personas objeto de trata.
- (f) Capacitar a los trabajadores sociales, psicólogos, asesores y médicos, y a los trabajadores de los albergues y los servicios para que puedan proporcionar información médica escrita y/o oral a las víctimas de trata, como por ejemplo, información sobre la salud mental post-trauma, la salud sexual y la reproductiva (incluyendo el VIH y otras infecciones de transmisión sexual), las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la violencia y las lesiones

relacionadas con el trabajo, y el tratamiento del dolor.

- (g) Llevar a cabo evaluaciones con el fin de identificar opciones de vivienda seguras, higiénicas y saludables para las personas después de ser objeto de trata.
- (h) Asegurar que en toda la información relacionada con la salud y la seguridad se respetan los derechos a la privacidad y la confidencialidad de las personas objeto de trata, y asegurar que las personas están debidamente informadas de este derecho y que se toman medidas para proteger su privacidad.
- (i) Informar y apoyar a las víctimas de trata para que utilicen los servicios médicos e identifiquen y articulen sus necesidades de atención.
- (j) Asegurar que, a la hora de abordar problemas sanitarios como las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH, las pruebas y el tratamiento son de carácter voluntario.

Comunidad de investigación

- (a) Incluir evaluaciones sobre salud y seguridad vinculadas a la trata de las personas.
- (b) Llevar a cabo investigaciones rigurosas (ensayos aleatorios controlados, diseños experimentales y cuasi-experimentales) para identificar enfoques de apoyo post-trata eficaces para la salud mental.
- (c) Llevar a cabo investigaciones sobre políticas, mapeos y análisis para identificar las oportunidades y los desafíos en el establecimiento de mecanismos de referencia transnacionales y nacionales que incluyan una función consistente y regular de los servicios sanitarios.
- (d) Llevar a cabo investigaciones con los proveedores y los receptores de servicios para identificar las necesidades de capacitación de los proveedores de los servicios sanitarios y los modos más viables y eficaces para la provisión de información y formación.
- (e) Llevar a cabo investigaciones con los trabajadores de los sectores laborales de alto riesgo conocidos por situaciones de trata de personas, con el fin de identificar los diferentes riesgos de salud y seguridad.
- (f) Llevar a cabo investigaciones para identificar las oportunidades de reducción de riesgo previas al reclutamiento, como por ejemplo, la evaluación de los factores para la toma de decisiones de los migrantes.
- (g) Llevar a cabo investigaciones en los ámbitos legislativos y operativos asociados

con la salud y la seguridad laboral, con el fin de identificar los obstáculos y los desafíos para mejorar la protección de los trabajadores explotados y las víctimas de trata.

Referencias

- ¹ C. Zimmerman, M. Hossain and C. Watts, "Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention and research," *Social Science and Medicine*, 73(2):327–35.
- ² M. Hossain et al. "The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women," *American Journal of Public Health*, 100(12):2442–2449.
- ³ C. Zimmerman and C. Watts C, WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women, World Health Organization Geneva, 2003).
- ⁴ C. Zimmerman et al. "Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe." London School of Hygiene and Tropical Medicine – Daphne Programme and the International Organization for Migration, 2006).
- ⁵ R.F. Mollica et al., Hopkins Symptom Checklist-25: Indochinese versions (HSCL-25) (Harvard Program in Refugee Trauma–Harvard School of Public Health, Cambridge, MA, undated).
- ⁶ L.R. Derogatis et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1):1–15.
- ⁷ R. Mollica et al., Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Manual (Cambodian, Lao and Vietnamese versions) (Harvard Program in Refugee Trauma, Cambridge, MA, 1991).
- ⁸ C. Garcia–Moreno et al. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women (WHO, Geneva, 2005).
- ⁹ World Bank, The World Bank DataBank, available from <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> (accessed July 5, 2014).
- ¹⁰ World Bank, World Development Indicators, available from <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> (accessed July 5, 2014).
- ¹¹ M. Abas et al. "Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: A historical cohort study," *BMC Psychiatry Review*, 2013:204.
- ¹² S. Yea, "When Push Comes to Shove: Sites of Vulnerability, Personal Transformation, and Trafficked Women's Migration Decisions," *SOJOURN Journal of Social Issues Southeast Asia* 20(1):67–95.
- ¹³ United Nations Inter-Agency Project on Human Trafficking (UNIAP), "Exploitation of Cambodian men at sea: facts about the trafficking of Cambodian men onto Thai fishing boats," report (UNIAP, Phnom Penh, 2009).
- ¹⁴ M. Brennan, *Out of Sight, Out of Mind: Human Trafficking and Exploitation of Migrant Fishing Boat Workers in Thailand* (Solidarity Center, Bangkok 2009).
- ¹⁵ C. Cantor and J. Price, "Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5):377–84.
- ¹⁶ L. Cameron et al., "Occupational health survey of farm workers by camp health aides," *Journal of Agricultural Safety and Health*, 129(2):139–53.
- ¹⁷ Trades Union Congress (TUC), Personal Protective Equipment (PPE), webpage, available from www.tuc.org.uk/workplace-issues/health-and-safety/personal-protective-equipment-ppe (accessed Aug 15, 2014).
- ¹⁸ SwinSafe. Drowning Data, webpage, available from <http://swimsafe.org/drowning/drowning-data> (accessed Aug 15, 2014).
- ¹⁹ A.C. McFarlane, "The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences," *World Psychiatry*, 9(1):3–10.
- ²⁰ M. Abas et al., "Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study," *BMC Psychiatry*, 13:204.

Referencias

- 21 G.A. CLUM, P. NISHITH and P.A. RESICK, "Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 189(9):618–
- 22 R. Yehuda et al. "Gene expression patterns associated with post-traumatic stress disorder following exposure to the World Trade Center attacks," *Biological Psychiatry*, 66(7):708–11.
- 23 B.F. Broekman, "Stress, vulnerability and resilience: A developmental approach," *European Journal of Psychotraumatology*, doi: 10.3402/ejpt.v2i0.7229, available from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893819.
- 24 S.L. Pineles SL et al. "Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship?" *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1):240–6.
- 25 M.C. Anderson et al., "Neural Systems Underlying the Suppression of Unwanted Memories," *Science*, 303(5655):232–5.
- 26 M. Prince et al. No health without mental health. *The Lancet* 2007; 370: 859–77.
- 27 S. Oram et al., "Prevalence and risk of violence and the physical, mental, and sexual health problems associated with human trafficking: Systematic review. *PLoS Medicine* 9:e1001224.
- 28 J. Lindert et al., "Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and metaanalysis," *Social Science and Medicine*, 69(2):246–57.
- 29 J. Cohen, "Safe in our hands? A study of suicide and self-harm in asylum seekers," *Journal of Forensic and Legal Medicine* 15(4):235–44.
- 30 E. Hansson et al., "Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2):111–21.
- 31 J.J. Mann et al. "Suicide prevention strategies: A systematic review," *Journal of the American Medical Association*, 294(16):2064–74.
- 32 C.M. Kelly, A.F. Jorm and A. Wright, "Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders," *Med J Aust.*, 187(7):S26–S30, available from www.mja.com.au/journal/2007/187/7/improving-mental-health-literacy-strategy-facilitate-early-intervention-mental (accessed Aug 15, 2014).
- 33 A. Hall, "Migrant workers and social protection in ASEAN: Moving towards a regional standard?" *Journal of Population Social Studies* 21(1):12–38.
- 34 L. Bensley, J. Van Eenwyk, and K. Wynkoop Simmons. "Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health," *American Journal of Preventive Medicine* 25(1):38–44.
- 35 R.F. Anda et al., "The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood," *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256:174–86.
- 36 M. Cloitre et al., "A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity," *Journal of Traumatic Stress*, 22(5):399–408.
- 37 International Organization for Migration (IOM), *Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers* (IOM, Geneva, 2009). Available from http://publications.iom.int/bookstore/free/CT_Handbook.pdf.
- 38 R. Ahn et al. "Human trafficking: Review of educational resources for health professionals," *American Journal of Preventive Medicine* 44(3):283–9.
- 39 A. Dembe et al., "The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: New evidence from the United States," *Occupational and Environmental Medicine*, 62:588–97.
- 40 S.P. Cooper et al. "A cohort study of injuries in migrant farm worker families in South Texas," *Annals of Epidemiol*, 16(4):313–20.
- 41 United Nations Inter-Agency Project on Human Trafficking (UNIAP), *Who is Being Trafficked in Vietnam?*, webpage, available from www.no-trafficking.org/vietnam_who.html (accessed Aug 15, 2014).

- ⁴² A. Balch, "Regulation and enforcement to tackle forced labour in the UK: A systematic response?", programme paper (University of Liverpool–Joseph Roundtree Foundation, Liverpool, 2012).
- ⁴³ Verite International, SEDEX Supplier Workbook Part 1: Labour Standards, available from www.sedexglobal.com/wp-content/uploads/2013/03/Part-1-Labour-Standards_Sedex-Supplier-Workbook.pdf.
- ⁴⁴ International Labour Organization (ILO), Good Practic: Pre-Departure Training Programme, Republic of the Philippines, webpage, available from www.ilo.org/dyn/migpractice/migmmain.showPractice?p_lang=en&p_practice_id=72 (accessed Aug 16, 2014).
- ⁴⁵ World Health Organization (WHO), WHO World Report on Violence and Health (WHO, Geneva, 2002), available from www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ (accessed June 16, 2014).
- ⁴⁶ K.M. Devries KM et al., "Global health: The global prevalence of intimate partner violence against women," *Science*, 340(6140):1527–8.
- ⁴⁷ N. Vallejo, P. Hauselmann and R. Asante, *The Role of Supply Chains in Addressing the Global Seafood Crisis* (United Nations Environment Programme, Nairobi, 2009).
- ⁴⁸ MJD Silva et al. "Social capital and mental illness: a systematic review," *Journal of Epidemiology and Community Health* 59: 619–27.
- ⁴⁹ P.A. Thoits. "Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health," *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2):145–61.
- ⁵⁰ I. Kawachi and L.F. Berkman, "Social ties and mental health," *Journal of Urban Health*, 78(3):458–67.
- ⁵¹ G. Tyldum, "Limitations in Research on Human Trafficking," *International Migration* 48(5):1–13.
- ⁵² J.A.C. Sterne et al., "Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: Potential and pitfalls," *British Medical Journal*, 338:b2393.
- ⁵³ World Health Organization (WHO), "Health of migrants: The way forward – Report of a global consultation" (WHO, Madrid, 2010).



Organización Internacional para
las Migraciones (OIM)