



British Embassy
Bucharest



Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în detectarea și referirea victimelor traficului de persoane.

UN STUDIU EXPLORATORIU

DANA SOLONEAN, MARIA TURDA, ANCA IUHAS

Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în detectarea și referirea victimelor traficului de persoane.

Un studiu exploratoriu

Dana Solonean, Maria Turda, Anca Iuhas

Rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în detectarea și referirea victimelor traficului de persoane. Un studiu exploratoriu.

Autori: Sociolog Dana Solonean, Dr. Maria Turda, Dr. Anca Iuhas

Editori: Experți anti-trafic și practicieni - Jane Lasonder, Ioana Bauer, Loredana Urzică-Mirea.

Acest material a fost realizat cu sprijinul Ambasadei Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord în România, precum și cu colaborarea **a șase supraviețuitoare ale traficului de persoane** și a **șase cadre medicale** din România. De asemenea, studiul a beneficiat și de consultanța și expertiza unui expert prin experiență din Marea Britanie, Jane Lasonder, membră a Consiliului Consultativ Internațional al Supraviețuitorilor Traficului de Persoane din cadrul ODIHR/OSCE și membru fondator al Red Alert Task Force, un grup de lucru multidisciplinar menit să sensibilizeze opinia publică cu privire la sclavia modernă și traficul de persoane. Acest studiu nu ar fi fost posibil fără sprijinul incredibil al supraviețuitoarelor și al experților prin experiență, cărora le suntem recunoscători pentru dedicare și implicare.

Orice reproducere, totală sau parțială, a acestei lucrări, fără acordul scris al autorilor, este strict interzisă și se pedepsește conform legislației în vigoare referitoare la dreptul de autor.

Copyright © Asociația eLiberare, Februarie 2025.

Conținut

Conținut	3
Lista acronimelor	5
1. Introducere	6
2. Context și justificare	11
3. Metodologie	16
3.1. Analiza documentară	16
3.2. Interviu individual	17
4. Analiza politicilor publice	20
5. Rezultate	24
5.1. Analiza interviurilor cu supraviețuitoarele	24
5.1.1. Determinanții sociali și individuali ai traficului de persoane și problemele de sănătate asociate în timpul exploatării	24
5.1.2. Consecințele traficului asupra sănătății	32
5.1.3. Experiențele victimelor traficului de persoane în interacțiunea cu sistemele de sănătate	39
5.1.4. Bariere și factori facilitatori în accesarea îngrijirii medicale	45
5.2 Analiza interviurilor cu profesioniștii din domeniul sănătății	48
5.2.1. Recunoașterea potențialelor victime ale traficului de persoane	49
5.2.2. Interacțiunea cu victimele traficului de persoane	52
5.2.3. Migranții ca și potențiale victime ale traficului de persoane	59
5.2.4. Sănătatea victimelor și a supraviețuitorilor traficului de persoane	61
5.2.5. Percepții și observații asupra încrederii	62
5.2.6. Resurse și bariere în cadrul unităților de urgență	63
6. Concluzii	66
7. Recomandări de politici publice	71
7.1. Proceduri de identificare și screening	72
7.2. Asigurarea confidențialității și a consultațiilor private	73
7.3. Proceduri de raportare și referire	74
7.4. Cadru de colaborare interinstituțională	75
7.5. Formare și consolidarea capacităților pentru profesioniștii din domeniul sănătății	75
7.6. Abordarea nevoilor migranților în context medical	78
7.7. Asigurarea răspunderii și a optimizării continue	79
7.8. Îmbunătățirea accesului la servicii medicale pentru victimele traficului de persoane	79
Bibliografie	80

Lista acronimelor

ANES Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați

ANITP Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane

ASSMB Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

BCCO Brigada de Combatere a Criminalității Organizate

CNAS Casa Națională de Asigurări de Sănătate

CPU Compartiment de Primiri Urgențe

DAS Direcția de Asistență Socială

DGASPC Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

DIICOT Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism

DSU Departamentul pentru Situații de Urgență

IGI Inspectoratul General pentru Imigrări

INML Institutul Național de Medicină Legală

ITS infecții cu transmitere sexuală

MED_PR - profesionist din domeniul medical - participant [nr. 1-6 la interviuri]

MNIR Mecanismul Național de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane

OAMGMAMR Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

OMS Organizația Mondială a Sănătății

ONG organizație neguvernamentală

ONU Organizația Națiunilor Unite

UNODC Biroul ONU pentru Droguri și Criminalitate

UPU unitate de primiri urgențe

1. Introducere

Conform statisticilor Uniunii Europene din ultimii cinci ani (2019-2023), România este una dintre principalele țări de origine pentru victimele traficului de persoane, în special în scopul exploatării sexuale în cadrul Uniunii Europene¹. Datele publicate de Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (ANITP)² pentru perioada 2019–2023 indică, de asemenea, faptul că exploatarea sexuală rămâne cea mai răspândită formă de trafic de persoane în România. 71% dintre toate victimele identificate au fost supuse exploatării sexuale³, subliniind caracterul persistent și dominant al acestui fenomen în cazurile de trafic. Aproximativ trei din patru victime fac parte din această categorie. Deoarece traficul de persoane are o puternică dimensiune de gen – bărbații fiind, de obicei, exploatați prin muncă forțată⁴, iar femeile în scop sexual – majoritatea victimelor exploatare sexuală sunt femei, reprezentând 89% din totalul cazurilor. Traficul în scopuri sexuale, fie că este transnațional sau intern, afectează în mod special femeile tinere. Cele mai recente statistici privind traficul de persoane în scopuri sexuale în România evidențiază o prevalență alarmantă a victimelor minore, care depășesc numeric victimele adulte. În perioada analizată, aproape 48% dintre victimele exploatării sexuale și pornografiei infantile erau minore⁵. Femeile atât din mediul urban, cât și din mediul rural, aflate într-o situație financiară precară, cu un nivel scăzut de educație, condiții de locuire deficitare, lipsite de sprijin familial și, în unele cazuri, confruntându-se cu probleme de sănătate fizice sau psihice, sunt mai vulnerabile. În majoritatea cazurilor, agresorul era o persoană cunoscută victimei, cel mai frecvent partenerul de viață, un prieten apropiat sau un membru al familiei. Promisiunea unei relații stabile și prospere, cunoscută sub denumirea de strategie de recrutare „loverboy”, rămâne metoda cea mai întâlnită.

Situația la nivel european reflectă în mare măsură realitatea cu care se confruntă România. Femeile reprezintă 63% din totalul victimelor traficului de persoane, iar 75% dintre victimele minore sunt fete, majoritatea fiind exploatare sexuală, ceea ce face ca traficul și exploatarea sexuală să rămână o provocare a Uniunii Europene⁶. Cele mai recente date publicate de Eurostat evidențiază realitatea alarmantă a României în comparație cu celelalte state membre. În 2022, România s-a situat pe primul loc în Europa în ceea ce privește numărul de victime înregistrate ale traficului de persoane. Dacă analizăm mai atent și corelăm numărul de victime cu populația totală a țării, situația pare mai favorabilă. Cu toate acestea, având 26 de victime la un milion de locuitori, România se află în continuare în topul statelor UE grav afectate de traficul de persoane, exploatarea sexuală rămânând forma predominantă de exploatare.

Departamentul de a oferi o imagine completă a fenomenului traficului de persoane în scopul exploatării sexuale, datele prezentate anterior evidențiază amploarea, complexitatea și

¹ Consultați rapoartele de progres publicate de Uniunea Europeană privind progresele realizate în lupta împotriva traficului de persoane în UE. Cele cinci rapoarte pot fi accesate aici: [link](#) (n.a.).

² Datele statistice prezentate în această secțiune sunt preluate din rapoartele anuale și analizele anuale pentru perioada 2019-2023, publicate de ANITP. Raportul poate fi accesat aici: [link](#) (n.a.).

³ În perioada 2019-2023, au fost identificate în total 2.750 de victime, dintre care 1.951 au fost supuse exploatării sexuale (n.a.).

⁴ Deși cele mai recente date indică o creștere a numărului de bărbați supuși exploatării sexuale, conform raportului ANITP pentru 2023 (n.a.).

⁵ În perioada 2019-2023, au fost identificate în total 1.319 victime minore (n.a.).

⁶ Mai multe informații privind statisticile despre traficul de persoane pot fi găsite pe pagina Eurostat: [link](#) (n.a.).

mecanismele subtile ale acestui fenomen în România. Exploatarea sexuală și traficul de persoane reprezintă atât o problemă națională, cât și una transnațională, fiind adesea determinate de factori de risc interconectați, suprapuși și care se potențează reciproc. Acești factori variază de la aspecte structurale, precum sărăcia sau normele patriarhale, până la cauze de natură relațională sau individuală, cum ar fi traumele familiale sau statutul de persoană cu dizabilități.

Starea precară de sănătate reprezintă, de asemenea, un factor de vulnerabilitate, așa cum este definit în Convenția privind Lupta Împotriva Traficului de Persoane⁷, victimele fiind vulnerabile în fața exploatării. Sănătatea nu este doar un factor de risc care contribuie la intrarea victimelor în situații de exploatare sexuală, ci și un element esențial care le menține în situația de trafic. Pentru unele victime, problemele de sănătate pot constitui un punct de cotitură care le determină să ia măsuri pentru a scăpa din situația abuzivă. Având în vedere corelația puternică dintre exploatarea sexuală și problemele de sănătate, majoritatea persoanelor care au trecut prin experiența traficului de persoane ajung să solicite îngrijiri medicale în timpul exploatării.

Astfel, sistemele de sănătate joacă un rol esențial atât în identificarea timpurie a cazurilor de exploatare sexuală, cât și în gestionarea consecințelor acestuia asupra sănătății fizice și mentale a victimelor. În ciuda importanței acestui aspect, în România există foarte puține analize și cercetări privind nevoile medicale ale persoanelor traficate, impactul traficului asupra stării lor de sănătate sau obstacolele întâmpinate în accesarea serviciilor de îngrijire medicală. Lipsesc date concrete referitoare la problemele medicale specifice cu care se confruntă victimele și la tipurile de servicii de îngrijire de care au nevoie. De asemenea, există informații insuficiente despre măsura în care profesioniștii din domeniul sănătății sunt pregătiți să recunoască și să sprijine victimele traficului și exploatării sexuale.

Cercetarea care stă la baza acestei analize a pornit de la necesitatea de a acoperi acest vid de cunoaștere. Ne-am propus să oferim o bază de date empirică privind intersecția dintre sistemul de sănătate și traficul de persoane în România, astfel încât politicile și serviciile destinate victimelor să fie fundamentate și să se concentreze asupra bunăstării acestora. Mai exact, pe de o parte, am urmărit să analizăm experiențele supraviețuitoarelor exploatării sexuale în accesarea serviciilor medicale și modul în care acestea au interacționat cu diferitele sisteme de sănătate. Pe de altă parte, am încercat să surprindem percepțiile și realitățile profesioniștilor din domeniul sănătății care intră în contact cu victimele traficului de persoane, evaluând gradul lor de pregătire pentru identificarea victimelor exploatării sexuale și capacitatea lor de a le oferi sprijinul, resursele și serviciile adecvate.

Deoarece acest subiect nu a fost cercetat anterior într-un mod sistematic, iar informațiile disponibile erau în mare parte anecdotice, obiectivul nostru principal a fost realizarea unui **studiu exploratoriu, calitativ**, cu scopul de a pune bazele unei cercetări mai ample asupra acestui fenomen. Astfel, ne-am concentrat mai degrabă pe clarificarea și ilustrarea problematicei decât pe formularea unor explicații definitive, prioritizând furnizarea de informații și exemple relevante în locul unor concluzii categorice.

⁷ Consiliul Europei, [Convenția Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane](#), Varșovia, 16 mai 2005, *Seria de Tratat* a Consiliului Europei – Nr. 197 (accesat în ianuarie 2025).

Planul nostru de cercetare a fost structurat în jurul a cinci obiective principale, detaliate în cele ce urmează:

- Identificarea barierelor și factorilor care influențează accesul victimelor traficului de persoane la servicii medicale de calitate.
- Explorarea experiențelor și percepțiilor victimelor traficului de persoane în procesul de accesare a serviciilor medicale.
- Investigarea modului în care profesioniștii din domeniul sănătății răspund în diferite situații care implică cazuri suspecte sau confirmate de trafic de persoane.
- Descrierea strategiilor de succes și a celor mai bune practici pentru facilitarea interacțiunii dintre victimele traficului de persoane și sistemul medical.
- Informarea programelor de intervenție, în special a inițiativelor de formare pentru profesioniștii din domeniul sănătății, cu privire la nevoile victimelor traficului de persoane și la intervențiile morale, legale și sociale adecvate.

Din punct de vedere metodologic, am realizat douăsprezece interviuri semi-structurate, detaliate, cu participanți selectați în mod intenționat. Jumătate dintre aceste interviuri au implicat supraviețuitoare ale exploatării sexuale, care au participat la diferite programe de asistență gestionate de organizații non-profit specializate. Celelalte șase interviuri au fost realizate cu profesioniști din domeniul sănătății, în special medici din medicina de urgență, care fie au identificat victime ale traficului în cadrul practicii medicale, fie aveau dovezi medicale și comportamentale clare care indicau cazuri de trafic de persoane în scopul exploatării sexuale. A fost esențial pentru echipa noastră să includem în cercetare, înainte de orice, vocile supraviețuitorilor traficului de persoane și să centrăm scopul și metodologia noastră pe bunăstarea lor atât imediată, cât și pe termen lung. Suntem convinși că orice practică, protocol sau politică relevantă pentru prevenirea și combaterea traficului de persoane trebuie să includă participarea supraviețuitorilor, pentru a asigura servicii adecvate, sensibile la traumă, așa cum recomandă Organizația Mondială a Sănătății⁸.

Dincolo de necesitatea exprimată mai sus pentru acest studiu, acest raport oferă dovezi care susțin România în eforturile sale de a implementa strategiile și planurile de acțiune recent adoptate, respectiv *Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024-2028*, la nivel național, și *Convenția Consiliului Europei privind Lupta Împotriva Traficului de Persoane*, la nivel european. Ca stat membru al Uniunii Europene și o țară de origine pentru victimele traficului de persoane în scopuri sexuale, România și-a recunoscut responsabilitatea de a preveni și răspunde acestui fenomen. Totuși, pentru a-și respecta angajamentele, toate politicile publice și programele de intervenție trebuie să se bazeze în primul rând pe cunoștințe extrase din realitatea traficului de persoane din România.

Sperăm că inițiativa noastră va deschide calea pentru mai multe cercetări pe această temă.

⁸ Pentru mai multe informații despre abordarea Organizației Mondiale a Sănătății privind traficul de persoane, consultați raportul din 2023 intitulat [Addressing Human Trafficking Through Health Systems: A Scoping Review](#). (accesat în ianuarie 2025).

Scopul final al acestei analize și al acțiunilor complementare este de a utiliza datele colectate pentru a concepe proceduri și măsuri specifice pentru identificarea timpurie și raportarea cazurilor de trafic de persoane, precum și pentru a sprijini mai bine victimele care accesează serviciile de sănătate. De asemenea, ne așteptăm ca diferiți factori de decizie, manageri de spitale, profesioniști din domeniul sănătății, organizații neguvernamentale active în acest domeniu sau diverși funcționari publici care lucrează în domeniul prevenirii și combaterii traficului de persoane să valorifice aceste dovezi pentru a îmbunătăți intervențiile sistemului de sănătate față de victime și supraviețuitori.

La finalul acestui raport, sperăm să convingem cititorul să privească sistemele de sănătate în general și profesioniștii din domeniul sănătății în mod particular ca având un rol crucial în prevenirea traficului de persoane și exploatării sexuale. În primul rând, dorim să ne asigurăm că practicile, atitudinile sau procedurile lor actuale nu agravează sau nu contribuie la vulnerabilitățile existente. Al doilea rol al lor în prevenire merge mai departe, întrucât profesioniștii din domeniul sănătății se află într-o poziție unică de a întâlni victimele traficului în timp ce acestea sunt încă traficate. Acest lucru implică faptul că aceștia pot influența direct traiectoria vieții lor, prin facilitarea accesului la asistență și protecție. Astfel, sistemul de sănătate are atât oportunitatea, cât și un rol important în promovarea și protejarea sănătății și a altor drepturi ale indivizilor care au fost traficați, contribuind totodată la identificarea acestora și sprijinind tranziția lor de la exploatare la siguranță.

În același timp, ar fi atât nerezonabil, cât și neetic să punem prea multă responsabilitate și presiune asupra profesioniștilor din domeniul sănătății. Traficul de persoane în scopuri sexuale este un fenomen complex și structural, și numai o abordare multidisciplinară poate duce la ieșirea victimelor din situațiile de exploatare. Evaluările cuprinzătoare ale nevoilor⁹, echipele interdisciplinare și serviciile integrate¹⁰ s-au dovedit, în unele cazuri, cei mai eficienți factori de facilitare a îngrijirii pentru supraviețuitorii traficului în alte țări. Mai mult, fiecare măsură ținută pentru combaterea traficului sexual ar trebui integrată într-o abordare socială mai largă, care să abordeze fundamentele socioeconomice ale vulnerabilității la trafic. Din păcate, România are cea mai mare rată a sărăciei dintre toate țările Uniunii Europene, cu 34,4% din populația totală fiind la risc de sărăcie sau excluziune socială¹¹. Femeile și copiii sunt afectați în mod deosebit de privarea materială și socială severă, ceea ce le face ținte ușor accesibile pentru rețelele de trafic de persoane.

România a făcut progrese în abordarea traficului de persoane în scopul exploatării sexuale prin eforturi legislative și de aplicare a legii. Cu toate acestea, fenomenul poate fi prevenit și combătut doar prin abordarea cauzelor structurale care stau la baza acestuia. Printre acestea se numără sărăcia, lipsa programelor sociale pentru cetățenii vulnerabili, condițiile de locuire inadecvate, o cultură patriarhală care obiectifică femeile și absența programelor de protecție

⁹ S. Hemmings, S. Jakobowitz, M. Abas, D. Bick, L. M. Howard, N. Stanley, C. Zimmerman și S. Oram, „Responding to the Health Needs of Survivors of Human Trafficking: A Systematic Review”, în: *BMC Health Services Research*, 16, Article 320 (2016), <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1538-8>.

¹⁰ J. Jain, M. Bennett, M.D. Bailey, D. Liaou, S.O. Kaltiso, J. Greenbaum, K. Williams, M.R. Gordon, M.I.M. Torres, P.T. Nguyen, J.H. Coverdale, V. Williams, C. Hari, S. Rodriguez, T. Salami, J.E. Potter, „Creating a Collaborative Trauma-Informed Interdisciplinary Citywide Victim Services Model Focused on Health Care for Survivors of Human Trafficking”, în: *Public Health Rep*, 2022 iulie-august;137(1_suppl):30S-37S. doi: 10.1177/00333549211059833. PMID: 35775914; PMCID: PMC9257486.

¹¹ Această informație se bazează pe date referitoare la persoanele aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, publicate de Eurostat. Datele pot fi accesate aici: [link](#) (accesat în ianuarie 2025).

pentru tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului, așa cum au subliniat rezultatele cercetării noastre.

Acest raport aduce în lumină un element esențial din această arhitectură socială, și anume sistemul de sănătate. El încurajează factorii de decizie să adopte o abordare proactivă în domeniul sănătății publice în raport cu traficul de persoane, considerând-o o strategie cheie pentru intervenția în cazurile de trafic și susținerea eforturilor de reducere a prejudiciilor pentru persoanele traficate.

Raportul este structurat după cum urmează: în prima secțiune, prezentăm fundamentele conceptuale și metodologice care au ghidat cercetarea noastră. Apoi, în Secțiunea 2, oferim o analiză succintă a măsurilor legislative, politice și practice existente în prevenirea traficului de persoane și protecția drepturilor victimelor. O atenție deosebită a fost acordată rolului sistemelor medicale și profesioniștilor din domeniul sănătății în relație cu fenomenul traficului de persoane. Continuăm în Secțiunea 3 cu cea mai importantă parte a raportului, rezultatele cercetării noastre, în care prezentăm datele empirice pe care le-am colectat despre interacțiunea victimelor cu sistemele de sănătate. Pe baza rezultatelor studiului, în Secțiunea 4, formulăm recomandări de politici care au ca scop sprijinirea instituțiilor și organizațiilor relevante pentru îmbunătățirea intervențiilor sistemului de sănătate în fața victimelor și a supraviețuitorilor traficului de persoane.

2. Context și justificare

Din 2016, Asociația eLiberare a implicat activ supraviețuitori ai traficului de persoane în dezvoltarea politicilor, conceperea programelor și co-crearea resurselor prin consultări. În ianuarie 2022, organizația a consolidat și mai mult această abordare prin integrarea unei supraviețuitoare¹² în echipă. Perspectivile sale personale au subliniat rolul crucial al profesioniștilor din domeniul sănătății, care sunt adesea primii care întâlnesc victimele care solicită îngrijiri medicale, multe dintre acestea aflându-se încă sub controlul traficanților. Inspirația pentru acest studiu a venit din mărturia sa, care a evidențiat o problemă esențială: în ciuda numeroaselor interacțiuni cu profesioniști din domeniul sănătății în perioada în care a fost traficată, aceasta nu a fost niciodată identificată drept victimă.

Concluzia a fost că o linie de salvare importantă pentru o victimă ar putea fi reprezentată de către personalul medical – dacă acesta știe la ce indicatori să se uite. Totuși, alți supraviețuitori pe care i-am intervievat au raportat că profesioniștii din domeniul sănătății nu i-au recunoscut ca victime ale traficului de persoane în scopul exploatarei sexuale, chiar și atunci când existau indicii clare. Mulți dintre aceștia aveau semne vizibile de abuz fizic, precum vânătăi, tăieturi și arsuri, însă acestea au trecut neobservate sau ignorate. Alții manifestau o atitudine temătoare sau depresivă, evitând frecvent contactul vizual, ceea ce ar fi trebuit să ridice semne de întrebare. Unii erau însoțiți constant atunci când discutau cu medicii, ceea ce limita semnificativ orice posibilitate de divulgare sau intervenție.

Totodată, studiul se bazează și pe consultanța și recomandările unui expert prin experiență din Marea Britanie, Jane Lasonder, care este membră a Consiliului consultativ internațional al supraviețuitorilor traficului din cadrul ODIHR/OSCE și membru fondator al Red Alert Task Force¹³, un grup de lucru multidisciplinar conceput pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la sclavia modernă și a traficului de persoane¹⁴. În calitate de supraviețuitoare, Jane își împărtășește expertiza ca și consultant cu organizații și grupuri care sunt interesate să își sporească cunoștințele despre sclavia modernă și traficul de persoane, inclusiv copii, adolescenți și studenți la medicină. Jane a contribuit la activitățile Parlamentului European, ale ONU, ale OSCE/ODIHR, ale OMS și ale diferitelor instituții media în domeniul la traficul de persoane.

Rezumat al eforturilor de cercetare și advocacy

În 2021, guvernul a înființat un grup de lucru dedicat îmbunătățirii identificării și calității asistenței medicale pentru victimele traficului de persoane. Acest grup, format din furnizori de servicii medicale din sectorul public și privat, alături de oficiali din Ministerul Sănătății, a elaborat un plan de acțiune pentru a oferi servicii medicale personalizate victimelor traficului de persoane și pentru a instrui profesioniștii din domeniul sănătății în identificarea acestora. Grupul de lucru și-a încetat activitatea la începutul anului 2022, iar Planul de Acțiune nu a fost implementat.

¹² Numele acesteia este anonimizat din motive de siguranță (A/N).

¹³ [Red Alert Task Force](#).

¹⁴ Ea este, de asemenea, autoarea autobiografiei *Jane* și a celei de-a doua cărți, *Red Alert: the inside story of prostitution and human trafficking* (n.a).

Pentru a explora mai în profunzime această problemă, Asociația eLiberare a realizat un rezumat succint în 2022 intitulat „Perspectivele Supraviețuitorilor Traficului de Persoane asupra Actorilor Comunitari”¹⁵. Concluzia a fost că cele mai frecvente motive pentru care victimele traficului de persoane ajung într-un spital sunt intervențiile de urgență din cauza violenței (bătăi aplicate de traficanți sau clienți) sau problemele medicale rezultate din exploatare (afecțiuni ginecologice, întreruperi de sarcină forțate sau voluntare, sau tulburări psihologice). O altă concluzie a fost că intervențiile de urgență sunt predominante în cazurile de violență extremă, în timp ce intervențiile programate, cum ar fi tratamentele pentru afecțiuni cronice sau ginecologice, au loc adesea în clinici private. Supraviețuitorii au menționat fie o preferință pentru un anumit medic, fie, dimpotrivă, o schimbare repetată a locației intervențiilor¹⁶.

În acest context, la începutul anului 2023, eLiberare a semnat un protocol cu Departamentul pentru responsabilitate socială comunitară și grupuri vulnerabile din cadrul Guvernului, precum și cu Departamentul pentru Situații de Urgență, care coordonează serviciile de urgență ale țării, inclusiv primirea calificată de prim ajutor și asistență medicală de urgență în unitățile și compartimentele de primire urgențe (UPU/CPU). Această colaborare vizează instruirea profesioniștilor din domeniul sănătății în identificarea proactivă a victimelor traficului de persoane și asigurarea trimerii lor corespunzătoare către autoritățile relevante.

Pe baza acestor primi pași, în septembrie 2023, Asociația eLiberare a lansat un proiect pilot finanțat de Ambasada Marii Britanii, intitulat „Abordarea Traficului de Persoane în Sistemul Sanitar din România”¹⁷. Această inițiativă a avut ca scop consolidarea sistemului sanitar din România în combaterea traficului de persoane, prin îmbunătățirea identificării timpurii a victimelor, stabilirea unor trasee clare de referire și promovarea unei intervenții mai centrate pe victimă. Un aspect central al acestui demers a fost integrarea expertizei și experiențelor trăite ale supraviețuitorilor români și britanici, asigurându-se că cei mai afectați au o voce în crearea unor sisteme de suport mai eficiente.

Proiectul și-a propus să atingă o serie de obiective, inclusiv consolidarea capacităților și crearea unor instrumente specializate, precum un ghid accesibil pentru profesioniștii din domeniul sănătății și o campanie focalizată pe rețelele sociale. Aceste obiective sunt detaliate mai jos.

a) Eforturi de consolidare a capacității

În colaborare cu autoritățile relevante, eLiberare a desfășurat până acum **nouă sesiuni de formare față în față și două sesiuni online**¹⁸, pregătind un total de **406 profesioniști**¹⁹ din domeniul sănătății cu cunoștințele și abilitățile necesare pentru a identifica și a raporta cazurile de trafic de persoane într-un stadiu incipient. Participanții au inclus profesioniști din cadrul Departamentului pentru Situații de Urgență (DSU), Direcției de Asistență Socială (DAS),

¹⁵ Asociația eLiberare, [Perspectivele supraviețuitorilor traficului de ființe umane asupra actorilor comunitari](#), 2022, (accesat în ianuarie 2025).

¹⁶ *Ibidem*, pp. 5-6.

¹⁷ Asociația eLiberare, „Proiectul Modern Slavery Fund România”, notă de concept nepublicată pentru proiectul „Abordarea traficului de ființe umane în sistemul de sănătate din România”, finanțat de Ambasada Marii Britanii în România.

¹⁸ În perioada 2024 și începutul anului 2025 (n.a.).

¹⁹ Până în februarie 2025 (n.a.).

Administrației Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB) și participanții Conferinței Naționale de Medicină SARTISS. Aceste sesiuni de formare au avut loc în diverse locații din România, cu un accent deosebit pe Brașov, Sibiu, Oradea și București. Programul de formare a pus accent pe o intervenție centrată pe victimă și a promovat Mecanismul Național de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane (MNIR)²⁰.

b) Lecții învățate din sesiunile de formare

Conform feedback-ului primit, dintre cei **180 de participanți** care au completat chestionarele de evaluare în timpul sesiunilor de formare, 146 (**81%**) nu mai participaseră anterior la niciun curs despre traficul de persoane. Totuși, după sesiunile de formare, **94%** dintre aceștia au raportat o înțelegere îmbunătățită a traficului de persoane, iar **92%** au menționat că au dobândit abilități mai bune de comunicare în interacțiunile cu pacienții care prezentau posibile semne ale traficului. În plus, participanții au exprimat intenția de a aplica abilitățile și tehnicile profesionale dobândite în activitatea lor zilnică. Notabil, **90%** dintre participanți au raportat o capacitate sporită de a recunoaște indicatorii traficului de persoane și de a răspunde corespunzător, demonstrând o încredere mai mare în gestionarea acestor cazuri. Unii participanți au menționat că ar aprecia prezența unui supraviețuitor sau expert cu experiență ori mai multe materiale video/audio cu un supraviețuitor, subliniind că acest lucru ar contribui la o mai bună înțelegere a traficului de persoane și a indicatorilor acestuia. Alții au adăugat că ar fi considerat utilă prezența unor reprezentanți ai forțelor de ordine în sesiunile de instruire, pentru a solicita explicații directe legate de unele cazuri.

O altă constatare importantă din evaluările instruirii a fost că, deși medicii și asistenții medicali identificau indicatorii cheie, aceștia nu dispuneau de mecanisme eficiente de raportare și se simțeau descurajați să raporteze cazurile potențiale. De exemplu, unii profesioniști din domeniul sănătății au relatat că, în ciuda eforturilor lor de a raporta cazuri potențiale la 112 (numărul de urgență), au întâmpinat situații în care nu au primit niciun răspuns, chiar dacă pacientul se afla încă în camera de gardă – în unele cazuri, poliția nu a sosit deloc. După sesiune, personalul medical a început să contacteze direct echipa eLiberare atunci când au apărut astfel de situații, subliniind necesitatea urgentă a unor canale de raportare multiple, special desemnate pentru profesioniștii din domeniul sănătății. De menționat este că, la o săptămână după sesiunea de formare cu personalul medical de urgență din Brașov, două cazuri potențiale au fost raportate către Asociația eLiberare²¹.

Ipoteza Asociației eLiberare – că profesioniștii din domeniul sănătății joacă un rol crucial în identificarea victimelor traficului de persoane și că aceștia necesită instruire specializată – a fost astfel validată. De la începutul proiectului, un total de opt medici au solicitat sprijin din partea organizației în identificarea cazurilor de trafic de persoane. Ca urmare, aceștia au identificat cu succes șase victime ale traficului de persoane (patru cazuri de exploatare sexuală, două de exploatare prin muncă, precum și o victimă de abuz sexual). Dintre aceste victime, două erau minore. Toate victimele identificate au fost direcționate către ANITP și au beneficiat de serviciile și sprijinul necesar.

²⁰ ANITP, [Mecanismul Național de Identificare și Referire a victimelor traficului de persoane](#), 31 ianuarie 2023 (accesat în ianuarie 2025).

²¹ Informații bazate pe experiența de teren a Asociației eLiberare.

c) Resurse dezvoltate pentru a echipa profesioniștii din domeniul sănătății

În colaborare cu ANITP, ASSMB și DSU, Asociația eLiberare a dezvoltat și materiale special concepute pentru a sprijini profesioniștii din domeniul sănătății în identificarea și răspunsul la cazurile de trafic de persoane într-un mod mai eficient.

Aceste instrumente sunt disponibile pe o pagină dedicată²², creată ca un hub de resurse cu acces deschis, care include video-uri informative cu expertul cu experiență Jane Lasonder, o versiune simplificată și ușor de utilizat²³ a Mecanismului Național de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane, care oferă proceduri clare și fezabile, aliniate la legislația actuală, un curriculum detaliat pentru profesioniștii din domeniul sănătății²⁴, un poster²⁵ care poate fi expus în cabinetele de consultanță și o fișă cu indicatori²⁶. O altă inițiativă cu impact deosebit a fost introducerea insignei „**Sunt pregătit să ajut**”, concepută chiar de profesioniștii din domeniul sănătății. Această insignă servește drept o declarație vizibilă a angajamentului lor de a sprijini victimele traficului de persoane.

De asemenea, eLiberare a distribuit versiuni tipărite ale acestor materiale, inclusiv **2.300** de ghiduri, **700** de insigne și **700** de postere, în **143** de cabinete medicale școlare, opt spitale și multiple clinici private. Aceste resurse au fost furnizate tuturor profesioniștilor instruiți și distribuite prin rețeaua mai largă de colaborare a organizației, incluzând ASSMB și DSU, întărind și mai mult capacitatea sectorului sanitar de a identifica și sprijini eficient victimele traficului de persoane.

Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru 2024-2028 și Grupul de Lucru pentru Medici

În 2024, România a adoptat Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024-2028, care a deschis noi oportunități pentru mișcarea anti-trafic. Strategia include obiective specifice pentru domeniul medical, cum ar fi formarea profesioniștilor din domeniul sănătății, inclusiv a specialiștilor medico-legali, pentru a interacționa mai bine cu victimele traficului de persoane și a efectua identificarea victimelor ținând cont de sensibilitatea de gen.

Comitetul Interministerial de coordonare strategică intersectorială a luptei împotriva traficului de persoane a emis Hotărârea nr. 1 din 17 septembrie 2024, aprobând oficial formarea mai multor grupuri de lucru, inclusiv Grupul de Lucru pentru Medici. La acest grup au participat reprezentanți cheie ai sistemului de sănătate din România, inclusiv Institutul Național de Medicină Legală (INML), Ministerul Sănătății, ASSMB și Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați (ANES).

²² Asociația eLiberare, [Detectarea și notificarea cazurilor de trafic de persoane. Resurse pentru personalul medical](#) (accesat în ianuarie 2025).

²³ Asociația eLiberare, [Ghid practic de identificare și sesizare a cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical](#), Ianuarie 2024 (accesat în ianuarie 2025).

²⁴ Asociația eLiberare, [Curriculum pentru detectarea și notificarea cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical](#) (accesat în ianuarie 2025).

²⁵ Asociația eLiberare, [Este pacientul tău o victimă a traficului de persoane?](#) (accesat în ianuarie 2025).

²⁶ Asociația eLiberare, [Indicatori specifici ai traficului de persoane în context medical](#) (accesat în ianuarie 2025).

Discuțiile s-au concentrat pe două obiective principale: 1) Creșterea ratei de identificare a victimelor de către personalul medical; 2) Clarificarea problemelor legate de serviciile medicale oferite.

Aceste eforturi au dus la concluzia că acțiunile de prevenire bazate pe sănătatea publică trebuie să abordeze cauzele traficului de persoane, inclusiv toate formele de marginalizare socială, economică și culturală, și să activeze un protocol de protecție de fiecare dată când un pacient prezintă indicatori de trafic de persoane.

3. Metodologie

Pentru o perspectivă mai cuprinzătoare asupra interacțiunii dintre victimele și supraviețuitorii traficului de persoane în scopul exploatarei sexuale și sistemul medical, am utilizat un design de cercetare calitativ, cu metode multiple, care a inclus analiza documentelor și interviuri individuale semi-structurate.

3.1. Analiza documentară

Prin analiza documentară au fost studiate și examinate legile și reglementările care alcătuiesc cadrul legislativ național privind lupta împotriva traficului de persoane și protecția victimelor, precum și alte documente naționale și internaționale relevante în acest domeniu. Lista documentelor selectate a inclus politici strategice, politici legislative, politici administrative (de exemplu, hotărâri de guvern, ordine ministeriale etc.) și politici de reglementare la nivelul structurilor specializate (de exemplu, protocoale de intervenție). Analiza s-a bazat în mare măsură pe datele incluse în *Strategia Națională împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024-2028*, întrucât aceasta reprezintă cel mai cuprinzător și recent plan adoptat de Guvernul României pentru a ghida acțiunile și alocarea resurselor în domeniul traficului de persoane. Pentru fiecare document de politică analizat, am utilizat următoarea grilă conceptuală: context, cadru politic, textul documentului de politică și implementarea politicii. Fiecare dintre aceste categorii a fost asociată cu un set specific de întrebări, așa cum este exemplificat mai jos.

Context	Care este contextul social, politic și economic? Ce momente critice pot fi identificate? Care este dezbaterea politică și publică în jurul traficului de persoane în scopuri sexuale și al exploatarei?
Cadru politic	Care sunt definițiile, presupunerile și ipotezele pe care se bazează politica publică? Care sunt populațiile țintă și care sunt caracteristicile acestora?
Documentul de politică	Ce prevede exact politica publică? Care sunt obiectivele enunțate? Cine este responsabil pentru implementare și monitorizare? Cum este finanțată?
Implementarea politicii	Prin ce mecanisme a fost implementată politica publică? Cum a fost monitorizată? Care au fost agențiile responsabile de implementare?

3.2. Interviu individual

Pentru că subiectul cercetării nu a fost studiat anterior în detaliu în România, am optat pentru un design exploratoriu bazat pe interviuri individuale, semi-structurate. Datorită naturii sale flexibile și deschise, abordarea interpretativă are avantajul de a stabili prioritățile de cercetare viitoare privind interacțiunea victimelor și supraviețuitorilor traficului de persoane cu sistemul de sănătate și deschide calea pentru studii cantitative pe acest subiect. Am realizat 12 interviuri semi-structurate, aprofundate, cu participanți selectați în mod deliberat. Populația de studiu a fost formată din supraviețuitori ai traficului de persoane și profesioniști din domeniul sănătății. Pentru fiecare categorie studiată, am realizat un număr egal de interviuri.

Selecția și recrutarea participanților

Ambele categorii de participanți au fost selectate printr-o metodă de eșantionare direcționată.

Primul grup a fost format din persoane identificate de autoritățile române ca victime ale traficului de persoane în scopul exploatarei sexuale. Am colaborat cu ONG-uri din zona Bucureștiului care oferă asistență pentru reintegrarea victimelor, solicitându-le să informeze supraviețuitoarele despre acest studiu. Persoanele care și-au exprimat interesul de a participa și care au avut cel puțin o interacțiune cu sistemul de sănătate în timpul sau după perioada de exploatare au fost incluse în studiu. Criteriile de eligibilitate au mai inclus ca participanții să fi avut experiența traficului de persoane în ultimii zece ani, vârsta de minimum 18 ani la momentul selecției pentru interviu și capacitatea de a oferi consimțământ informat.

Eșantionul final de participanți a fost alcătuit din tinere de etnie română, cu niveluri diferite de educație, de la învățământul obligatoriu până la studii universitare. Majoritatea proveneau din familii din clasa muncitoare și din medii atât urbane, cât și rurale. Este important de menționat că două dintre victime au interacționat cu sistemul medical doar după încheierea perioadei de trafic, însă au fost incluse în eșantion datorită cunoștințelor lor relevante asupra subiectului.

Al doilea grup de participanți a fost format din profesioniști din domeniul sănătății care activează în sectorul public. Am elaborat o listă a unităților medicale și locațiilor cu probabilitate ridicată de a întâlni cazuri de trafic de persoane și exploatare sexuală, precum secțiile de urgență ale spitalelor și clinicile de ginecologie, și le-am informat despre studiu. De asemenea, am contactat foști participanți ai programelor de formare organizate de eLiberare privind traficul de persoane, deoarece ne-am dorit să includem perspectivele profesioniștilor care, după instruire, au reușit să identifice și să raporteze cazuri de exploatare sexuală.

Cadrele medicale selectate pentru studiu au fost în principal medici din medicina de urgență care își desfășoară activitatea în spitale publice din București și Sibiu. Eșantionul a inclus atât femei, cât și bărbați, respectiv două femei și patru bărbați.

Toți participanții la studiu au semnat un formular de consimțământ după ce au analizat documentul informativ privind cercetarea și au discutat conținutul acestuia cu operatorul de teren.

Colectarea datelor

Am desfășurat interviuri individuale, semi-structurate, detaliate, atât față în față, cât și online, între septembrie și noiembrie 2024. Durata interviurilor a variat între minimum o oră și maximum trei ore. Toate interviurile cu supraviețuitoarele au fost realizate în persoană, într-un spațiu sigur, privat și protejat, ales de acestea. Secțiunea următoare prezintă considerațiile etice ale studiului. Interviurile au fost înregistrate audio și ulterior transcrise de membrii echipei noastre. Pentru ambele categorii de participanți, am utilizat un ghid de interviu care a abordat următoarele teme: percepțiile și experiențele trăite privind interacțiunea dintre victimele traficului de persoane și cadrele medicale/sistemul medical în ansamblu; problemele de sănătate cu care se confruntă victimele exploatării sexuale; barierele și factorii facilitatori în accesarea serviciilor medicale; soluții pentru îmbunătățirea asistenței medicale destinate victimelor traficului de persoane. Deși am avut un set prestabilit de întrebări, am încercat să lăsăm cât mai mult spațiu pentru o discuție deschisă, încurajând participanții să-și exprime punctul de vedere și să aprofundeze temele pe care le considerau relevante.

Analiza datelor

Transcrierile interviurilor au fost codificate utilizând două programe software de analiză calitativă, MAXQDA și NVivo. Pentru a asigura atât validitatea, cât și fiabilitatea analizei, fiecare cercetător a realizat independent o primă etapă de interpretare a datelor. Acest proces a presupus aplicarea unor etichete descriptive asupra informațiilor colectate, care au fost ulterior organizate în teme și concepte mai largi, fundamentate pe cadrul teoretic al studiului. În etapa următoare, doi dintre cercetători au comparat și contrastat analizele lor individuale pentru a identifica punctele comune și eventualele discrepanțe. Rezultatele finale au fost apoi rafinate și supuse unei evaluări riguroase atât de către experți interni, cât și de specialiști externi în domeniul traficului de persoane, asigurând astfel acuratețea și profunzimea interpretării.

Limitări metodologice

Cea mai importantă limitare a cercetării este determinată de caracteristicile participanților și de modul în care aceștia au fost selectați. În cazul victimelor traficului de persoane, toți respondenții au beneficiat de programe de asistență oferite de organizații specializate. În ceea ce privește cadrele medicale, trei dintre acestea au participat anterior la un program de formare desfășurat de eLiberare. Prin urmare, răspunsurile colectate și, implicit, rezultatele cercetării pot fi influențate de efectele dorinței de a răspunde într-un mod socialmente acceptabil, având în vedere relația respondenților cu organizația. O altă limitare metodologică, legată de populația studiată, este dimensiunea eșantionului și uniformitatea acestuia. În rândul victimelor exploatării sexuale, toți respondenții au fost femei adulte, de etnie română și heterosexuale. Datele colectate anterior arată că persoane de diferite genuri, vârste și etnii sunt frecvent victime ale traficului de persoane și exploatării sexuale. Astfel, eșantionul studiat nu este unul reprezentativ la nivel național. O altă limitare a studiului derivă din faptul că cercetarea se referă exclusiv la interacțiuni cu personalul medical din instituțiile din mediul urban. În consecință, aceasta nu oferă o imagine completă a interacțiunii victimelor cu specialiștii din întregul sistem medical. În final, este esențial de subliniat că **acest studiu este unul pilot și exploratoriu**. Din cauza dimensiunii sale reduse, rezultatele nu pot fi generalizate la întreaga populație de victime ale traficului de persoane din România. Deși

cercetarea oferă perspective valoroase asupra fenomenului traficului și exploatării sexuale, concluziile sale trebuie analizate și validate prin studii suplimentare pe această temă.

Considerații etice

Având în vedere natura sensibilă a cercetării, au fost luate în considerare aspecte etice suplimentare. De-a lungul procesului de cercetare, am depus eforturi pentru a aplica principiile unei practici bazate pe înțelegerea traumei, precum:

- Cercetătorii au fost instruiți în tehnici de interviu bazate pe înțelegerea traumei și în gestionarea disconfortului participanților.
- Înainte de realizarea interviurilor, s-a obținut consimțământul informat din partea fiecărui participant.
- Toți participanții au fost informați cu privire la dreptul lor de a întrerupe interviul, de a refuza să răspundă la întrebări sau de a retrage participarea în orice moment.
- Anonimatul a fost păstrat prin codificarea tuturor datelor colectate în fișe, transcriere și documente asociate.
- Accesul la un terapeut specialist a fost oferit atât pe parcursul interviului, cât și după acesta, pentru a sprijini participanții.

De asemenea, au fost luate măsuri suplimentare de protejare a supraviețuitoarelor interviuate. Pentru a asigura integritatea etică și bunăstarea participanților, interviurile au fost realizate exclusiv cu persoane care nu mai erau în situații de exploatare, care beneficiau de servicii de sprijin și care primeau asistență psihologică adecvată.

Interviurile au fost realizate într-un mediu sigur și confidențial, care le-a permis participanților să își împărtășească experiențele fără teama de repercusiuni. Intervievatorul a fost un profesionist instruit și informant în domeniul traumei, cu expertiză în lucrul cu supraviețuitori ai traficului de persoane. Au fost folosite tehnici de interviu specializate pentru a minimiza riscul de retraumatizare, inclusiv o abordare centrată pe supraviețuitori, care a priorizat autonomia, consimțământul informat și siguranța emoțională. Structura interviurilor a fost flexibilă, permițând participanților să ghideze discuția în funcție de nivelul lor de confort, asigurând în același timp explorarea sistematică a principalelor domenii tematice.

4. Analiza politicilor publice

România are responsabilitatea, conform legislației naționale și internaționale, de a asigura accesul victimelor traficului de persoane la servicii medicale și de a raporta orice suspiciune privind cazuri de trafic.

Legea nr. 211/2004²⁷ prevede că statul are obligația să asigure servicii medicale gratuite sau subvenționate²⁸ pentru victimele infracțiunilor (inclusiv victimele traficului de persoane), și de a le acorda compensații financiare pentru „*cheltuielile de spitalizare și alte categorii de cheltuieli medicale suportate de victimă pentru restabilirea stării de sănătate fizică sau psihică afectată, ca urmare a faptei penale săvârșite asupra sa, inclusiv costul investigațiilor, analizelor și consultațiilor medicale*”²⁹.

Totuși, **rapoarte TIP ale Departamentului de Stat al SUA din 2020-2024** menționează că „*asistența oferită de guvern este, în general, inadecvată, în special în ceea ce privește serviciile medicale (...) și că România „nu a finanțat costurile pentru îngrijiri medicale. Mai mult, accesul la îngrijire medicală și servicii sociale necesită ca victimele române să se întoarcă în județele lor de origine pentru a primi asistență; acest proces prezintă obstacole de siguranță, logistice și financiare pentru multe victime ale traficului*”³⁰.

Al treilea raport GRETA privind România (2021) subliniază necesitatea formării sistematice a personalului medical, pentru a putea identifica proactiv victimele³¹, și evidențiază faptul că dreptul victimelor la despăgubire include și acoperirea costurilor tratamentului medical³². De asemenea, „*atunci când despăgubirea nu este disponibilă integral din alte surse, statul trebuie să contribuie la compensarea celor care au suferit răni corporale grave sau afectarea sănătății, direct atribuite unei infracțiuni intenționate de violență, precum și a persoanelor aflate în întreținerea celor care au decedat ca urmare a unei astfel de infracțiuni, chiar dacă autorul nu poate fi urmărit penal sau pedepsit*”³³.

În pofida acestor deficiențe, în ultimii ani România a înregistrat, de asemenea, progrese semnificative în prevenirea și combaterea traficului de persoane, care se intersectează direct cu nevoile identificate anterior. Iată câteva dintre acestea:

- **Modificările legislative recente impun obligația oricărui cetățean de a sesiza orice cunoștință despre un potențial caz de trafic** sau exploatare a persoanelor vulnerabile și în special a celor care pot întâlni, prin natura muncii lor, victime ale traficului³⁴.

²⁷ Legea nr. 211/2004 privind unele măsuri pentru asigurarea informării, sprijinului și protecției victimelor infracțiunilor, cu modificările și completările ulterioare

²⁸ *Ibidem*, Articolul 7(1), (3) și 4(g).

²⁹ *Ibidem*, Articolul 27(1), paragraful a(1).

³⁰ Departamentul de Stat al SUA, [2024 TIP Report Romania](#), [2023 TIP Report Romania](#), [2022 TIP Report Romania](#), [2021 TIP Report Romania](#), [2020 TIP Report Romania](#) (accesat în ianuarie 2025).

³¹ GRETA (Consiliul Europei), [EVALUATION REPORT ROMANIA. Third Evaluation Round. Access to justice and effective remedies for victims of trafficking in human beings](#), 3 iunie 2021, p. 5 (accesat în ianuarie 2025).

³² *Ibidem*, paragraful 69, 74 și 81.

³³ *Ibidem*, paragraful 69.

³⁴ Articolul 266 alineatul 1^{al} și articolul 267 din Codul Penal al României, în vigoare din 2021.

- **Mecanismul Național de Identificare și Referire a victimelor traficului de persoane, din 31 ianuarie 2023**, aprobat prin HG nr. 88 din 31 ianuarie 2023³⁵, definește procesul de detectare și semnalare a unui potențial caz de trafic și responsabilitățile diferiților actori, în special pentru acei profesioniști, care, prin natura muncii pe care o desfășoară, ar putea întâlni potențiale victime ale traficului de persoane. Pe baza acestui mecanism, Asociația eLiberare, în colaborare cu Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane (ANITP), Departamentul pentru Situații de Urgență (DSU) și Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB), a dezvoltat un ghid ușor de utilizat pentru profesioniștii din domeniul medical³⁶.
- **Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024–2028**³⁷ identifică, printre provocări sale, inexistența unui cadru flexibil în ceea ce privește accesul la asigurări de sănătate pentru victimele traficului³⁸ și subliniază că asistența medicală este printre cele mai accesate servicii de asistență ale victimelor, alături de consilierea psihologică, sprijinul financiar și material, și asigurarea unui adăpost³⁹. **Planul Național de Acțiune (PNA)** aferent stabilește la Obiectivul specific 3.3 instituirea unei măsuri naționale privind asigurarea serviciilor medicale acordate victimelor⁴⁰, iar la Obiectivul 3.2.2., personalul medical se află printre specialiștii vizați pentru a beneficia de formare privind identificarea proactivă a victimelor ținând cont de perspectiva de gen⁴¹. De asemenea, SNITP menționează Ministerul Sănătății (MS) printre instituțiile responsabile pentru organizarea și participarea la activități de formare privind identificarea proactivă a victimelor traficului de persoane și altor categorii vulnerabile. De asemenea, se menționează că, prin structurile subordonate (CNAS), MS reglementează modul prin care victimele traficului de persoane beneficiază de servicii medicale gratuite⁴².
- **Înființarea Grupului de Lucru pentru Medici – identificare/referire/asistență victime**, parte a Grupului de Lucru Asistență și Protecție, unul dintre cele 11 grupuri și subgrupuri de lucru stabilite prin Hotărârea nr. 1 din 17.09.2024 a Comitetului Interministerial de coordonare strategică intersectorială a luptei împotriva traficului de persoane, în vederea implementării obiectivelor din PNA 2024-2026. Obiectivele acestui subgrup sunt: 1) creșterea ratei de identificare a victimelor prin intermediul personalului medical și 2) clarificarea aspectelor legate de serviciile medicale acordate victimelor traficului de persoane⁴³.

³⁵ ANITP, [Mecanismul Național de Identificare și Referire a Victimelor Traficului de Persoane](#) (accesat în ianuarie 2025).

³⁶ Asociația eLiberare, ANITP, DSU, ASSMB, [Ghid practic pentru profesioniștii din domeniul sănătății pentru identificarea și raportarea cazurilor de trafic de persoane](#), ianuarie 2024. Alte materiale dedicate profesioniștilor din domeniul sănătății dezvoltate de eLiberare: [Curriculum pentru detectarea și raportarea cazurilor de trafic de persoane pentru profesioniștii din domeniul sănătății](#), un poster de utilizat în unitățile medicale și un [site web dedicat](#) (accesat în ianuarie 2025).

³⁷ ANITP, [Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024–2028](#) (accesat în ianuarie 2025).

³⁸ *Ibidem*, pp. 18-19.

³⁹ *Ibidem*, pp. 16.

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 23-24.

⁴¹ *Ibidem*, p. 48.

⁴² *Ibidem*, p. 28.

⁴³ Procesul-verbal al primei întâlniri a Grupului de Lucru pentru Medici.

Aceste demersuri reflectă recunoașterea tot mai largă de către România a rolului crucial al cadrelor medicale în identificarea și sprijinirea victimelor. Pe lângă progresele înregistrate la nivel național, România este semnatară a mai multor instrumente legislative și de politici publice la nivelul UE și internațional, care prevăd obligații și responsabilități inclusiv în domeniul serviciilor medicale acordate victimelor traficului de persoane. Cele mai semnificative dintre acestea sunt:

- **Protocolul de la Palermo (2000)** care enumeră, printre măsurile aplicabile de către state, asistența medicală pentru victimele traficului de persoane⁴⁴. Această obligație este reluată în *Planul Global de Acțiune al Națiunilor Unite pentru combaterea traficului de persoane*⁴⁵, care subliniază necesitatea unor servicii medicale specializate, precum cele pentru „HIV și SIDA și alte boli transmise pe cale sanguină și infecțioase pentru victimele traficului de persoane care au fost exploatate sexual”, și în *Raportul Global al UNODC privind traficul de persoane din 2020*⁴⁶. Potrivit unui studiu al ONU realizat cu 85 de practicieni intervievați, serviciile medicale sunt pe primul loc în topul celor mai necesare cinci servicii pentru victimele traficului de persoane⁴⁷, inclusiv serviciile de sănătate mintală⁴⁸.
- **Convenția Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane (2005)** include accesul la îngrijiri medicale de urgență printre măsurile minime pe care statele trebuie să le adopte pentru a asista victimele în reabilitarea fizică, psihologică și socială⁴⁹.
- **Strategia UE antitrafic 2021-2025**⁵⁰ încurajează statele membre „să promoveze activități de sensibilizare pentru profesioniștii din prima linie din sectoarele și mediile cu risc ridicat în care sunt exploatate victimele traficului de persoane; (...) să asigure formarea personalului medico-sanitar cu privire la gestionarea diversității și la nevoile migranților victime ale traficului de persoane, în cadrul programelor UE în domeniul sănătății”⁵¹ și „să asigure cursuri de formare care să țină cont de gen și să se bazeze pe drepturile copilului pentru personalul susceptibil să intre în contact cu victimele [cum ar fi (...) personalul medical], elaborarea de orientări, seturi de instrumente și schimburi de bune practici între practicieni (...)”⁵².

⁴⁴ Organizația Națiunilor Unite, [Protocolul privind prevenirea, reprimarea și pedepsirea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, adițional la Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale organizate](#), 2000, Articolul 6, paragraful (3)c (accesat în ianuarie 2025).

⁴⁵ Organizația Națiunilor Unite, [United Nations Global Plan of Action to Combat Trafficking in Persons](#), a 64-a sesiune a Adunării Generale a Națiunilor Unite, 12 august 2010, New York; 2010 (A/RES/64/293), paragraful 36 (accesat în ianuarie 2025).

⁴⁶ Organizația Națiunilor Unite, [Global Report on Trafficking in Persons 2024](#), decembrie 2024 (accesat în ianuarie 2025).

⁴⁷ *Ibidem*, pp. 99, 102

⁴⁸ *Ibidem*, p. 93.

⁴⁹ Consiliul Europei, [Convenția Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane](#), Articolul 12, paragraful 1b) (accesat în ianuarie 2025).

⁵⁰ Comisia Europeană, [Comunicare a Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor referitoare la strategia UE privind combaterea traficului de persoane 2021-2025](#), Bruxelles, 14.4.2021 (accesat în ianuarie 2025).

⁵¹ *Ibidem*, pp. 16-17.

⁵² *Ibidem*, p. 14.

- **Directiva UE antitrafic revizuită (2024)** subliniază obligația statelor de a asigura tratament medical victimelor traficului de persoane⁵³ și responsabilitatea acestora de a promova „formarea periodică și specializată profesioniștilor care ar putea să intre în contact cu victimele sau cu potențialele victime ale traficului de persoane, inclusiv (...) lucrătorii din domeniul sănătății, cu scopul de a le permite să prevină și să combată traficul de persoane și să evite victimizarea secundară, precum și să depisteze, să identifice, să asiste, să sprijine și să protejeze victimele”⁵⁴.

În ceea ce privește responsabilitatea statului român de a asigura formare, GRETA recomandă ca „formarea privind traficul de persoane să fie integrată în programele de instruire recurente ale grupurilor profesionale relevante, inclusiv (...) personalul medical”⁵⁵, iar în ceea ce privește identificarea proactivă în comunitățile vulnerabile, recomandă autorităților române „să ofere resurse suplimentare mediatorilor sanitari din comunitățile rome pentru a le permite să identifice potențiale victime ale traficului în cadrul acestor comunități”⁵⁶. GRETA atrage atenția că majoritatea victimelor traficului de persoane, neavând asigurare de sănătate, beneficiază doar de asistență medicală de urgență, pe termen scurt. În absența finanțării guvernamentale, organizațiile neguvernamentale încearcă să acopere costurile medicale, în funcție de resursele disponibile⁵⁷.

Având în vedere obligațiile internaționale ale României și progresele recente în domeniul legislației și al documentelor de politică publică, există un moment favorabil ce poate fi valorificat pentru **elaborarea unui protocol național în sistemul medical** privind interacțiunea cadrelor medicale cu victimele potențiale ale traficului de persoane. Această propunere este susținută de recomandarea Organizației Mondiale a Sănătății într-un studiu recent, conform căreia statele membre ar trebui să contribuie la punerea în aplicare a „protocoalelor standardizate, la nivel de sistem, împreună cu sistemele de screening și raportare care pot fi activate atunci când sunt identificați indicatori de trafic”⁵⁸.

⁵³ Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene, [Directiva \(UE\) 2024/1712 a Parlamentului European și a Consiliului din 13 iunie 2024](#), Articolul 11 b), para. (5) (accesat în ianuarie 2025).

⁵⁴ *Ibidem*, Articolul 18 b) para. (1).

⁵⁵ GRETA (Consiliul Europei), [EVALUATION REPORT ROMANIA. Third Evaluation Round. Access to justice and effective remedies for victims of trafficking in human beings](#), p. 5 (accesat în ianuarie 2025).

⁵⁶ *Ibidem*, paragrafele 187 și 191.

⁵⁷ *Ibidem*, paragraf 212.

⁵⁸ World Health Organisation, [Addressing human trafficking through health systems. A Scoping Review](#), 2023, p. vi (accesat în ianuarie 2025).

5. Rezultate

5.1. Analiza interviurilor cu supraviețuitoarele

Prezentare generală a participanților

Această analiză se bazează pe interviuri cu șase supraviețuitoare ale traficului de persoane, toate aflându-se în afara oricărei situații de exploatare și beneficiind de servicii de sprijin adecvate. Unele dintre participante au reușit să se reintegreze în societate și să ducă o viață independentă. Grupul analizat include persoane cu vârste cuprinse între 26 și 34 de ani, dintre care trei au fost traficate exclusiv pe teritoriul României, iar celelalte trei au fost exploatare și în afara granițelor țării. Interviurile au fost realizate cu scopul de a evalua capacitatea sistemului de sănătate de a identifica victimele în timp ce acestea se află încă în situații de trafic, evidențiind atât punctele forte, cât și deficiențele majore în procesul de detectare timpurie și intervenție.

5.1.1. Determinanții sociali și individuali ai traficului de persoane și problemele de sănătate asociate în timpul exploatării

A) Vulnerabilități sociale

Traficul și exploatarea sexuală au efecte negative semnificative asupra vieții și sănătății victimelor. Exploatarea sexuală rezultă dintr-o stare de vulnerabilitate complexă a victimelor, determinată de o combinație de factori care acționează atât la nivel macro, cât și la nivel micro, precum lipsa resurselor materiale, lipsa locuinței, absența unui sprijin familial adecvat, lipsa educației, istoricul de afecțiuni psihice, precum și lipsa experienței de viață, determinată de vârsta fragedă a victimelor. Înțelegerea impactului exploatării sexuale asupra sănătății femeilor, înainte, în timpul și după exploatare, este esențială. Cauzele fundamentale, alături de sistemele sociale și normele culturale, influențează sănătatea victimelor, accesul lor la îngrijiri medicale și calitatea tratamentului primit. Sănătatea reprezintă un element central în dezvoltarea unor strategii eficiente și centrate pe victimă de prevenire, intervenție și diminuare a riscurilor.

Prin urmare, înțelegerea consecințelor asupra sănătății generate de traficul de persoane în scopul exploatării sexuale, precum și utilizarea sistemelor de sănătate pentru prevenirea sau reducerea efectelor nocive, trebuie să se bazeze pe identificarea unei game variate de factori de risc la nivel individual, familial și societal, asociați cu traficul de persoane. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă, de asemenea, adoptarea unei abordări socio-ecologice, considerată cea mai cuprinzătoare strategie de adresare a fenomenului traficului de persoane, pentru a reduce vulnerabilitatea individuală și a reforma elementele structurale care perpetuează exploatarea. Aceasta presupune o perspectivă proactivă și aprofundată, care analizează indivizii și deciziile acestora în contextul lor social, cultural și economic⁵⁹.

Având în vedere că scopul final al acestei cercetări este de a elabora politici și servicii mai bine fundamentate pe date pentru victimele traficului de persoane, sperăm ca această primă

⁵⁹ Organizația Mondială a Sănătății, [Addressing Human Trafficking through Health Systems](#), 2023.

secțiune să ofere cadrelor medicale o perspectivă asupra posibilor indicatori ai traficului de persoane atunci când evaluează pacienții aflați în situații de risc. Din aceste considerente, înainte de a analiza în detaliu aspectele legate de sănătate în contextul exploatării sexuale, prezentăm o serie de factori de risc asociați acestui fenomen în România, așa cum au reieșit din interviurile pe care le-am realizat.

Constatările noastre sunt în concordanță cu cercetările anterioare privind vulnerabilitatea la traficul de persoane, aceasta fiind influențată de o serie de factori interconectați. Mai precis, traficul de persoane în scopul exploatării sexuale, ca formă specifică de exploatare, este rezultatul multiplelor manifestări ale violenței structurale, cele mai frecvente fiind violența bazată pe gen și cea economică. Aceste forme de violență sunt strâns legate de profitabilitatea industriei exploatării sexuale și sunt facilitate de obstacole instituționale, precum birocrăția, politicile discriminatorii și corupția. Toate aceste aspecte sunt discutate succint în cele ce urmează.

Deși acest raport identifică modele comune, este esențial să recunoaștem că victimele traficului sexual nu reprezintă un grup omogen. Acestea se confruntă cu un spectru larg de forme de exploatare, toate implicând forță, fraudă sau constrângere, provin din medii diverse și sunt supuse unor circumstanțe extrem de diferite.

Inegalitatea de gen. Dintr-o perspectivă de gen, într-o societate dominată de bărbați, precum cea românească, femeile sunt adesea percepute nu doar ca având un statut inferior, ci și ca fiind obiecte aflate la dispoziția bărbaților. Comercializarea corpului feminin, în forma sa extremă – traficul de persoane în scopul exploatării sexuale – este precedată de o serie de practici și norme sociale prin care femeile sunt dezumanizate, iar violența interpersonală și exploatarea sunt normalizate. România se situează pe ultimul loc în Uniunea Europeană în ceea ce privește Indicele Egalității de Gen⁶⁰, iar cazurile de violență împotriva femeilor sunt răspândite. Asimetriile de putere între genuri sunt strâns legate de violența în relațiile intime, constrângerea sexuală și sexul neprotejat, toate aceste forme de abuz fiind amplificate în cazul traficului de persoane în scopul exploatării sexuale, cu efecte negative semnificative asupra sănătății. De exemplu, un studiu realizat la nivelul UE în 2014 a arătat că 30% dintre femeile din România au fost victime ale violenței fizice și/sau sexuale, însă doar 23% au raportat cel mai grav incident la poliție⁶¹.

Cercetarea noastră evidențiază intersecția dintre abuzul fizic și cel sexual, precum și modul în care acestea se manifestă în contextul traficului de persoane. Mărturiile pe care le-am colectat ilustrează un proces gradual de supunere la dominație și la diverse forme de violență. Exploatarea sexuală reprezintă cea mai extremă formă de violență, dar este, de fapt, rezultatul unei istorii îndelungate de abuzuri și exploatare. Majoritatea supraviețuitoarelor intervievate a avut experiențe anterioare de agresiune sexuală, neglijență și abuz fizic sau emoțional, agresorii fiind, de cele mai multe ori, bărbați din cercul lor social. În cazurile în care au încercat să reziste și să caute dreptate – fie prin apelarea la poliție, fie prin denunțarea publică a abuzului – s-au confruntat cu lipsa de sprijin instituțional și de empatie, fiind adesea judecate sau chiar tratate ca fiind complice la propria exploatare. Această lipsă de susținere în fața unor

⁶⁰ Indicele Egalității de Gen este un indicator sintetic, un instrument folosit pentru a măsura progresul egalității de gen în UE. În prezent, România are un scor de 56,1 din 100, care reprezintă scorul maxim posibil. Mai multe detalii [aici](#) (accesat în ianuarie 2025).

⁶¹ Mai multe informații despre violența împotriva femeilor în România pot fi găsite [aici](#) (accesat în ianuarie 2025).

forme mai timpurii și mai puțin severe de abuz le-a determinat să nu mai aibă încredere în autorități și să refuze să apeleze la acestea chiar și atunci când au fost forțate în rețelele de trafic de persoane.

„Și era faza că nu te credea pe tine. Îți credea pe ei. Orice ai fi spus, nu erai crezută. Erai doar un produs care le faci bani. O cutiuță din care trebuiau să iasă bani și bani și bani. Și protecție să vorbim din partea statelor, în perioada aia nu era.” (supraviețuitoare, 34)

În plus, teama de stigmatizare socială a contribuit la perpetuarea exploatării, deoarece victimele nu s-au simțit în siguranță să își denunțe abuzatorii, din frica de a fi judecate aspru, marginalizate sau chiar învinuite pentru situația în care se aflau – uneori chiar de către propria familie sau prieteni.

Deși exploatarea lor a implicat abuz fizic, emoțional și financiar, victimele, și nu agresorii, au fost adesea considerate parțial sau chiar în totalitate responsabile pentru suferințele îndurate. Una dintre supraviețuitoarele intervievate descrie prima sa interacțiune cu poliția după ce, în cele din urmă, a reușit să scape din situația de trafic:

„Au chemat poliția și au venit cei de la secția care era cel mai aproape de locul unde stătea domnul respectiv. Aici cu poliția nu mi-a plăcut mie o chestie. Că mi-a luat declarația cu tot ce s-a întâmplat și la sfârșit... le-am zis tot. La sfârșit, mi-au zis: «Știi că dacă minți, asta este foarte rău pentru tine și este caz penal de închisoare...» Poate au vrut doar să se asigure că cunosc legea, dar pentru mine, în momentul ăla, în situația în care eram, să-mi zică cineva că nu mă crede... Eu aveam nevoie de foarte multă înțelegere. Nu știu, în momentul ăla eram la pământ, eram în sevraj. [...] Cumva mie mi s-a părut că ei nu m-au crezut.” (supraviețuitoare, 33)

Precaritatea economică. Dintr-o perspectivă economică, traficanții exploatează vulnerabilitățile economice ale femeilor pentru a le forța spre prostituție atât în țară, cât și în străinătate. Toate supraviețuitoarele pe care le-am intervievat provin din medii sociale și/sau economice defavorizate, fără sprijin financiar semnificativ sau oportunități de educație și angajare. Lipsa siguranței financiare le-a făcut vulnerabile în fața celor care promiteau câștiguri rapide și un statut social mai ridicat. Sărăcia și marginalizarea socială sunt însoțite de lipsa educației și de o rețea socială de sprijin fragilă. Legătura dintre sărăcie, lipsa educației și vulnerabilitatea la exploatarea sexuală a fost subliniată în majoritatea răspunsurilor. Prostituția poate fi inițial privită ca o ieșire din circumstanțe și mai grave, după cum este sugerat mai jos:

„Vorbim despre vulnerabilitate. Gândește-te tu că o fată care a fost la țară, care nu a fost încălțată, nu a văzut nu știu ce. [...] Și automat ea, dacă vede că a dat de viața aia — se ridică părul pe mine — dar viața aia în care, uite, am cu ce să mă spăl, am șampon...” (supraviețuitoare, 34)

„Să înțelegem faptul că marea majoritate a fetelor care ajung în situația de trafic vin din medii defavorizate. Vin din cauze de obicei financiare, vin să caute un sprijin financiar. De cele mai multe ori, nu au avut asta niciodată. Ele în momentul în care pică în chestia asta, ele se gandesc, de fapt, că o să câștige bani. Ele pe asta sunt țintite. Către bani. Și gândește-te, da, că ele fac banii ăștia, dar nu sunt ai lor.” (supraviețuitoare, 27)

Din cauza lipsei accesului la educație de calitate și a absenței abilităților și cunoștințelor necesare pentru a găsi un loc de muncă decent, victimele sunt mai susceptibile să accepte oferte de muncă înșelătoare, care s-au dovedit a fi servicii sexuale. La momentul recrutării, majoritatea dintre ele erau fie șomere, fie lucrau în locuri de muncă prost plătite. Totuși, multe dintre ele aveau un istoric de angajare formală, după cum exemplifică mărturia de mai jos.

„El a mințit în instanță că el m-a cunoscut acolo [în Germania]. N-am ajuns în nicio țară străină până atunci. Adică se poate verifica oricând că eu am muncit, am carte de muncă în România, am toate actele de pe unde am lucrat, că am împărțit pliante de la 16 ani...” (supraviețuitoare, 30)

Cercetările anterioare au evidențiat că tinerii care părăsesc sistemul de protecție al statului se confruntă cu un risc semnificativ mai mare de a deveni victime ale exploatarei sexuale comparativ cu populația generală⁶². Deși eșantionul nostru de cercetare a fost mic — ceea ce limitează capacitatea de a trage concluzii ample — constatările noastre întăresc îngrijorarea că beneficiarii care ies din sistemul de protecție al statului sunt deosebit de vulnerabili la trafic. Două dintre victimele pe care le-am intervievat proveneau din familii care trăiau în sărăcie extremă și au fost lipsite de grija părinților din cauza neglijenței sau abuzului suferit în copilărie. Acestea au fost forțate să practice prostituția după ce au părăsit sistemul de protecție a copilului, confruntându-se cu lipsa totală de sprijin instituțional pentru integrarea în societate. S-au confruntat cu multe obstacole în a trăi independent, fără sprijinul familiei, educație sau un loc de muncă stabil. Lipsa modelelor familiale sau absența unei figuri paterne a distorsionat percepția asupra relațiilor romantice și a responsabilităților parentale. Acestea au intrat rapid în relații romantice după ce au părăsit sistemul de protecție a copilului, ca strategie de supraviețuire, iar apoi au ajuns în situații de trafic. Una dintre supraviețuitoare își amintește cum a fost nevoită să se mute în casa unei cunoștințe care a forțat-o să practice prostituția în schimbul cazării și hranei, după ce a părăsit sistemul de protecție și a schimbat mai multe locuințe:

„A trebuit să stau acolo [în centru] de la 9 ani până la 18 ani. Da, ok, așa am decis să plec la bunicul meu [după ieșirea din sistemul de protecție]. De la bunicul meu m-am întors înapoi în județul [...], făcându-mi un anturaj foarte prost [...] La niște prieteni. [...] După ce am plecat de acolo, am ajuns la o mătușă de-a mea, din partea fostului meu prieten. Și femeia asta avea patru copii, cu mine cinci, că eu eram ca un copil. Ea se ocupa de foarte mult timp cu prostituția. [...] Și la un moment dat, într-o dimineață, îmi spune și ea, și bărbatul ei că dacă vrei să stai mai mult la noi, faci ceea ce spunem noi. [...] Și atunci n-am avut de ales.” (supraviețuitoare, 25)

„Munceam în [...] și fusesem în cămin la orfelinat, până la vreo 18 ani și un pic. Și când am ieșit, am ieșit și am plecat. Nu m-a ajutat nimeni să-mi caut chirie, să-mi caut loc de muncă. A fost mai greu. Și am ajuns la maică-mea în [...] și am stat la o vecină, o vecină de-a ei, din cauză că ea nu a vrut să mă țină în casă la ea.” (supraviețuitoare, 26)

După cum devine clar din fragmentele de mai sus, locuința joacă un rol esențial în menținerea sau ruperea cercului vicios al traficului de persoane. Aceasta servește ca un instrument pentru traficanți în recrutarea și controlul ulterior al victimelor. Mai multe victime au descris cum se mutau între locuințe temporare, cum ar fi cazarea la un coleg de școală, o rudă îndepărtată

⁶² Mai multe informații despre legăturile dintre instituțiile pentru copii și traficul de persoane pot fi găsite în următorul [raport Lumos](#) (accesat în ianuarie 2025).

sau un contact cunoscut, înainte de a fi atrase în trafic. Totuși, aceste aranjamente erau de scurtă durată. De fapt, lipsa unor condiții stabile și sigure de locuit a fost factorul comun și unul dintre principalele riscuri pentru exploatarea lor sexuală. Fără adăpost, victimele se expun la un pericol major de a intra în rețele de trafic. În cele mai extreme situații, traficul de persoane devine o soluție de locuit, deoarece victimele împart aceeași locuință cu traficanții lor, evitând astfel sărăcia extremă.

Adesea, traficanții au exploatat dorința victimelor de a emigra pentru a le recruta sau pentru a obține cooperarea lor inițială. De când România a aderat la Uniunea Europeană, emigrarea a devenit strategia preferată de tinerii care doresc să-și asigure resurse financiare și să-și îmbunătățească calitatea vieții⁶³. Prin urmare, majoritatea victimelor traficate pentru scopuri externe au părăsit țara cu aspirația de a accesa stiluri de viață caracteristice țărilor industrializate din occident, prin angajarea în muncă formală. În unele cazuri, victimele au fost implicate într-o relație romantică cu traficanții pe perioade extinse, iar motivația din spatele emigrării era de a economisi bani pentru a începe o viață de familie împreună. Unele din supraviețuitoare menționează asta în mod specific:

„Păi, de un an de zile aveam deja relație cu proxenetul. Noi aveam... Eram un cuplu. Că așa se face, ca să prinzi încredere în el, să părăsești țara. Am părăsit țara cu... în mintea mea, cu iubitul meu, viitorul meu soț, să mergem să strângem bani ca oricare altul care pleacă în afară, ca să putem să ne facem un viitor împreună în România. Dar lucrurile s-au schimbat. Cum am părăsit țara, totul s-a schimbat.” (supraviețuitoare, 34)

„Nu mi-am dat seama că asta e un fel de loverboy. Mi-am zis că e un om normal, cu care pot să-mi întemeiez o familie, adică. Și ideea e că nu s-a întâmplat imediat după ce ne-am cuplat. Au trecut prima dată doi ani, după care am plecat în Anglia. Atunci mi-a făcut prima propunere. După doi ani. A așteptat foarte mult timp.” (supraviețuitoare, 26)

Călătoria sau migrația prezintă, de asemenea, o încărcătură simbolică pentru mulți tineri, întrucât poate semnifica tranziția de la adolescență la maturitate și la o viață independentă. Unele victime își amintesc contextul inițial al plecării lor și cum aceasta a marcat simbolic o separare de autoritatea adulților din viața lor, oferindu-le în același timp posibilitatea de a accesa un viitor mai bun într-un spațiu alternativ. Așa cum arată mărturia de mai jos, pentru unele dintre victimele provenite din medii defavorizate, a fost prima lor ieșire din țară. Astfel, a fost percepută ca o oportunitate interesantă:

„[...] și a început să-mi zică că «Uite, dacă vrei să mergi cu mine în Germania două-trei săptămâni, am eu niște schimburi de mașină, să iau mașini.» Asta mi-a băgat ultima oară. Eu atunci aveam 19 ani. Si am zis ok. Zic, n-am fost niciodată.” (supraviețuitoare, 30)

Când vorbim despre lipsurile financiare și instabilitatea locativă, este important să menționăm starea de vulnerabilitate în care se află victimele după ce se despart de traficanți. Adesea, ele părăsesc situația de exploatare în grabă, fie identificate de poliție, fie fug, fără un plan și fără economii. Această situație le limitează autonomia și le restricționează accesul la serviciile medicale esențiale. Problema devine deosebit de îngrijorătoare în cazul în care, în timpul perioadei de trafic, victimele au fost infectate cu o boală cu transmitere sexuală (cel mai

⁶³ Conform Băncii Mondiale, România se află pe primul loc printre țările UE în ceea ce privește creșterea stocului de emigrație din 1990 până în prezent. Mai multe detalii despre migrarea din și către România pot fi găsite [aici](#) (accesat în ianuarie 2025).

frecvent menționat fiind virusul HPV) sau dacă suferă de boli cronice. O respondentă, după șapte ani de exploatare sexuală în România și în mai multe țări europene, descrie cât de greu i-a fost să o ia de la capăt fără economii financiare sau sprijin extern:

„N-aveam nimic. Nimic. Zero. Deci pe zero am ieșit din toată faza asta.” (supraviețuitoare, 34)

În concluzie, presiunile economice și stigmatizarea socială agravează dificultățile întâmpinate de victimele pe care le-am intervievat, determinându-le în unele situații să intre și să rămână în condiții de exploatare din cauza lipsei de alternative. Mărturiile pe care le-am adunat subliniază faptul că victimele traficului de persoane au fost forțate în situații pe care, în mod normal, nu le-ar fi ales, din disperare sau din cauza circumstanțelor, cel mai adesea legate de sărăcie.

Profitabilitatea exploatării sexuale. Traficul de persoane în scopul exploatării sexuale a atins o scară atât de largă în România datorită profitului ridicat și riscurilor reduse pentru traficanți. Conform mărturiilor oferite de participantele la studiu, exploatarea sexuală în afara țării are loc de obicei în cluburi și bordouri, în timp ce în România sunt mai frecvente formele de prostituție de stradă și „la locație” (apartamente închiriate). Unele zone sunt mai atractive pe piață decât altele și adesea implică utilizarea unor platforme sau site-uri specifice. Prețul serviciilor sexuale este determinat de mai mulți factori, inclusiv nivelul veniturilor din țara în care are loc tranzacția și regimul legal al acelei țări. Cele mai menționate țări pentru traficul extern au fost Germania, Marea Britanie, Olanda, Spania și Franța, în timp ce în România sunt preferate orașele mari, precum București sau Cluj-Napoca. Împărtășind experiența sa de exploatare sexuală în Londra, o supraviețuitoare vorbește despre sumele mari de bani care sunt trimise frecvent în România prin modalități care nu ar trezi suspiciuni în rândul autorităților.

„Din prostituție se câștigă foarte, foarte mult. Când am declarat totul, se vedea câți bani trimiteam, se vedea că sunt blocată la MoneyGram de câți bani am trimis. Trimiteam o parte [prin MoneyGram], apoi veneau și ei și trimiteam și cash, că n-aveam cum să trimit 10.000 o dată. Deci vorbim de sume mari, nu așa, o mie-două de lei. Sume la ordinul zecilor de mii de euro.” (supraviețuitoare, 34)

Cauze instituționale. În final, atunci când abordăm cauzele sociale ale traficului de persoane în scopuri sexuale, este important să menționăm rolul pe care îl joacă instituțiile. Poveștile împărtășite de respondentele noastre indică în mod clar lipsa de încredere în instituțiile statului și în capacitatea acestora de a le oferi protecție. Cele mai frecvent menționate cauze sunt teama de stigmatizare și de faptul că autoritățile se aliniază cu abuzatorii, corupția și ineficiența cauzată de lipsa resurselor. De exemplu, rolul funcționarilor corupți ca facilitatori ai grupurilor de crimă organizată este exprimat în mod clar în următorul fragment:

„Cumva, în România, știu că autoritățile nu fac nimic. Ăla nu o să fie închis, că are bani, are putere peste tot. Mai rău fac [dacă depun plângere], pentru că după aia mă prinde iarăși și cine știe ce-mi face.” (supraviețuitoare, 33)

Mărturiile împărtășite cu noi dezvăluie faptul că, atunci când victimele vorbesc despre abuzurile suferite, prea adesea răspunsul oficialilor instituționali este de a le discredita, suprima, critica sau ignora. Aceasta este o informație deosebit de îngrijorătoare având în vedere faptul că încrederea în instituțiile de justiție este corelată cu un nivel mai ridicat de a raporta cazurile de violență. Instituțiile de aplicare a legii și chiar cadrele medicale nu au reușit

adesea să protejeze corespunzător victimele, mărturiile supraviețuitoarelor subliniind neglijența, lipsa de înțelegere sau chiar abuzul. Poveștile lor subliniază frecvent importanța sistemelor externe de sprijin, precum ONG-urile, care intervin în numele lor atunci când colaborează cu instituțiile statului.

B) Vulnerabilități individuale

Toate femeile traficate pe care le-am intervievat prezintă un element de traumă personală în biografiile lor, incluzând istoric de plasament sau implicare a serviciilor de protecție a copilului, agresiune sexuală, neglijență, abuz emoțional sau fizic, probleme de sănătate mintală sau consum de droguri. Secțiunea următoare încearcă să surprindă aspecte legate de vulnerabilitățile individuale prezente la majoritatea victimelor traficului de persoane exploatare sexual pe care le-am intervievat (traume, probleme familiale și emoționale, vârsta fragedă etc.), punând în același timp accent pe aspectele legate de sănătate înainte și în timpul exploatării.

Vârsta fragedă. Studiul nostru arată că, pe lângă gen și statutul socio-economic, cea mai importantă caracteristică corelată cu riscul crescut de exploatare sexuală este vârsta. La momentul recrutării, majoritatea respondentelor noastre aveau în jur de 19-20 de ani. Singurul caz excepțional a fost cel al unei supraviețuitoare în vârstă de 28 de ani. Totuși, povestea ei este deosebită, deoarece a fost răpită, iar natura și condițiile traficului au fost îngrozitoare. Descoperirile noastre întăresc îngrijorarea generală că minorii sunt tot mai des reprezentați printre victimele traficului de persoane în scopul exploatării sexuale din România. De exemplu, ANITP a raportat că, în 2023, 7 din 10 victime erau fete cu vârste cuprinse între 14 și 17 ani⁶⁴. În același timp, majoritatea traficantilor sunt adulți, cel mai probabil angajați în relații formale și având deja proprii copii. Astfel, deseori, dezechilibrul de putere și cel economic sunt agravate de diferența mare de vârstă între traficant și victimele acestora. Vârsta este semnificativă, deoarece este asociată cu lipsa de experiență de viață, ceea ce afectează capacitatea victimelor de a percepe riscurile sau de a lua decizii informate.

„Acum este altfel. Te iau de nevastă, te duc acasă, aceleași vise vândute, aceleași lucruri. Chiar se și căsătoresc cu ele [...] Este foarte greu să le scoți de aici. Și ei nu se axează acum pe fete mari, se axează pe minore [...] Cu cât le iei mai tinere, cu atât învață mai repede, ca un burete care absoarbe totul. Ca un copilaș. Și va fi mult mai greu atunci când ajunge la o vârstă și este identificată de către poliție și luată și salvată și așa mai departe. Eu aș fi spus [atunci] că nu, nu m-a obligat nimeni. Eu am vrut.” (supraviețuitoare, 34).

Preferința pentru victime mai tinere este determinată și de dinamica pieței exploatării sexuale (cerere și ofertă). Femeile traficate sunt supuse unui declin perceput al valorii sociale, determinat în mare măsură de atributele fizice precum aspectul, vârsta și sănătatea. Traficanții exploatează presiunile sociale legate de standardele de frumusețe. De exemplu, o victimă a fost presată să se supună unei operații estetice pentru a-și spori atractivitatea pentru clienți.

Experiențe adverse în copilărie. Evenimentele traumatizante care au avut loc fie în copilărie, fie în perioada adolescenței timpurii, au fost cotidiene în rândul persoanelor intervievate. Aceste experiențe au inclus pierderea unuia sau ambilor părinți, violență, abuz sexual sau

⁶⁴ Mai multe detalii despre distribuția victimelor traficului de persoane pe grupe de vârstă pot fi găsite în *Raportul anual privind evoluția traficului de persoane în România în 2023*, care poate fi accesat [aici](#) (accesat în ianuarie 2025).

neglijență și trecerea prin perioade de instabilitate cauzate de separarea părinților. Unele supraviețuitoare descriu cum au crescut cu părinți neglijenți sau indisponibili emoțional. De exemplu, una dintre supraviețuitoare povestește că a trăit alături de un tată narcisist și o mamă care a refuzat să o sprijine de teama răzbunării din partea soțului ei. O altă victimă descrie cum mama ei a refuzat să o adăpostească atunci când era vulnerabilă.

Dinamicile disfuncționale ale familiei perpetuează adesea cercuri vicioase de abuz și neglijență, lăsând copiii și tinerii vulnerabili la exploatare. Lipsa unor sisteme de sprijin familial a creat condițiile favorabile pentru ca traficanții să manipuleze victimele. Ulterior, acest lucru a condus și la dependența de traficanți după ce au intrat în trafic, după cum explică o supraviețuitoare:

„Nici nu știu ce să mai explic sau cum să explic. Sunt niște gânduri care te macină. Dacă ești singură și n-ai părinți și n-ai la cine să apelezi, e mult mai greu. Nu știu fetele cu părinți cum se raportează. Poate și ele au ceva rețineri. Dar chiar n-aveam la cine să apelez și atunci trebuia să depind de ei [traficant].” (supraviețuitoare, 26).

Intervențiile pozitive din partea familiei, deși rare, au jucat un rol crucial în încercările supraviețuitoarelor de a recăpăta stabilitatea. În unele cazuri, membrii familiei au insistat pentru acordarea de îngrijiri medicale sau au luptat pentru a scoate supraviețuitoarele din situațiile abuzive.

Abuzul de substanțe este comportamentul cel mai riscant legat de sănătate menționat de supraviețuitoarele traficului. Alcoolul, tutunul, marijuana, drogurile sintetice și medicamentele pe bază de prescripție medicală au fost cele mai frecvent utilizate substanțe. În unele cazuri, consumul de substanțe a fost inițiat în adolescență, înainte de începerea traficului, adesea ca urmare a presiunii din partea grupului de prieteni și a anturajului, după cum arată citatul de mai jos:

„Între timp am cunoscut un băiat care nu avea ocupații foarte ortodoxe, la modul că lua droguri. Mi-a zis că, dacă vreau să scap de suferință, pot să mă apuc să iau și eu droguri. M-am apucat să iau droguri. S-a despărțit de mine. Ulterior mi-a spart apartamentul. Mi-a făcut numai probleme în apartament [...] Chestia e că eu am rămas cu o dependență de droguri.” (supraviețuitoare, 33)

Totuși, în majoritatea cazurilor, drogurile au fost utilizate ca mecanism de adaptare în perioada în care au fost exploatate sexual, fiind adesea furnizate de către traficanți. Cocaina și metamfetamina erau cele mai frecvent utilizate droguri datorită efectelor lor imediate asupra stării de spirit și productivității. Efectele psihologice ale acestor stimulente, inclusiv un sentiment crescut de bunăstare, euforie, exaltare și vigilență, făceau ca victimele să poată deservi mai mulți clienți și să se angajeze în comportamente mai riscante. Drept urmare, câștigurile financiare creșteau. Cu toate acestea, interviurile noastre au relevat că traficul și consumul de droguri au mai multe implicații, unele dintre victime consumând droguri fără cunoștința inițială a traficanților sau, într-un caz, victima a fost ademenită să vândă substanțe clienților săi.

„Bineînțeles că în Olanda se consumă droguri. Ai libertate la droguri unde vrei și le găsești la orice colț. M-a drogat ca să-mi treacă efectul de frică, pentru că eram foarte panicată și nu voiam să fac asta [să întrețin relații sexuale]” (supraviețuitoare, 34)

„S-au băgat în seamă cu mine după vreo două săptămâni, trei, cred [personalul de la un bordel din Germania]. Și mi-a spus că-i place de mine și cum mă comport, că sunt foarte civilizată, nu ca ăstealalte cu care eram. Și mi-a spus: «Hai că îți dau ceva bun, ca să poți să...» Și m-am dus cu ea într-o cameră. Ne-am închis acolo și a scos prima dată cocaină. Și zice: «Uite, trage pe nas, să vezi cum te simți.» Am tras. După care îmi zice: «Trebuie să o combini cu alcoolul.» Și am combinat-o cu alcoolul. Și am văzut că rezist mai ușor și nu mai am aceleași gânduri nașpa. Și așa am continuat să consum. Procuram de la barmaniță. Îi dădeam banii, ea cumpăra și îmi dădea. Și ăștia [traficantii] au aflat mai târziu că eu asta făceam. Dar nu puteau nici să zică nu, pentru că vedeau că le făceam bani.” (supraviețuitoare, 26)

În ceea ce privește efectele asupra sănătății, stimulentele cresc ritmul cardiac, tensiunea arterială și ritmul respirator. Prin utilizarea repetată a stimulentelelor și a altor droguri, unele victime au experimentat paranoia sau psihoză. În alte cazuri, victimele au raportat riscul de supradoză și au încercat să se sinucidă.

5.1.2. Consecințele traficului asupra sănătății

Traficul de persoane în scopul exploatarei sexuale are mai multe consecințe asupra sănătății, leziuni, dureri cronice, boli cu transmitere sexuală, depresie și tulburare de stres post-traumatic etc. Femeile se confruntă cu amenințări, violență și mecanisme de control, precum dependența de traficanți pentru satisfacerea nevoilor de bază, care lasă urme psihologice durabile.

A) Consecințele asupra sănătății mintale

Supraviețuitoarele pe care le-am intervievat raportează traume de lungă durată, inclusiv anxietate, depresie, paranoia și tulburare de stres post-traumatic asociate cu exploatarea sexuală. În mod covârșitor, emoțiile pe care le-au folosit pentru a descrie perioada lor de trafic sunt tristețea profundă, goliciunea sau lipsa de speranță, anxietatea și neliniștea, precum și sentimente intense de lipsă de valoare sau vinovăție. În unele cazuri, aceste sentimente au fost severe și au condus la dezvoltarea unor afecțiuni mintale grave, cum ar fi depresia clinică, tulburarea bipolară sau psihoza, pentru care unele dintre ele au fost spitalizate. În alte cazuri, sănătatea mintală precară s-a manifestat prin probleme fizice inexplicabile, precum dureri de stomac, dureri de spate sau dureri de cap. Un fapt deosebit de îngrijorător pe care l-au împărtășit respondentele noastre este că aproape toate aveau gânduri frecvente sau recurente legate de moarte, gânduri suicidare sau chiar tentative de suicid.

„Ajunsesem în starea în care să mă critic pe mine însămi că de ce fac asta. [Îmi ziceam] «Nu e bine pentru tine, te distrugi, tu nu vezi în ce hal ești?» Deci ajunsesem să mă critic și să îmi ia mintea razna, să îmi vină să mă arunc în fața unei mașini, să mă sinucid în modul ăla.” (supraviețuitoare, 25)

Unele supraviețuitoare ale exploatării sexuale au accesat servicii de sănătate mintală în perioada în care erau traficate, în principal prin intermediul departamentelor de urgență. Cu excepția unei singure victime care și-a dezvăluit situația, niciuna dintre ele nu a fost identificată ca victimă a traficului de către cadrele medicale.

Control psihologic și manipulare. Majoritatea victimelor descriu că au fost forțate să intre în prostituție printr-o combinație de manipulare emoțională, amenințări și violență fizică. Singura excepție a fost un caz în care victima a fost ținută în izolare, fiind privată de nevoile umane fundamentale, precum hrană, somn sau acces la facilități sanitare. Un aspect recurent este tranziția de la înșelăciunea inițială (precum promisiunea unei relații sau a unui statut social superior) la forme mai directe de control, cum ar fi dependența financiară sau violența fizică. Comportamentele de control au inclus interzicerea ieșirii din locuință sau din spațiul de cazare, supravegherea sau restricționarea accesului la e-mail, telefon ori rețele sociale, limitarea accesului la resurse financiare și monitorizarea constantă a fiecărei acțiuni. Victimele descriu cum au fost forțate să accepte exploatarea, pierzându-și autonomia și chiar capacitatea de a gândi independent.

Chiar și în cazurile în care nu a existat o vătămare fizică, traumele psihologice au fost profunde din cauza naturii ambivalente a relației dintre victime și traficanți, care erau adesea parteneri intimi, cunoștințe sau prieteni. Multe victime au fost nevoite să gestioneze sentimente paradoxale și contradictorii față de traficanți: o victimă putea fi încă îndrăgostită de abuzatorul său (Sindromul Stockholm) și să creadă în promisiunile acestuia privind o relație stabilă și de succes, în timp ce, simultan, trăia o teamă profundă pentru propria viață sau pentru siguranța celor dragi. Numeroase victime și-au exprimat frustrarea și dorința de a evada, pe de o parte, dar și speranța și nevoia de a fi iubite și protejate, pe de altă parte, ceea ce reflectă lupta lor interioară intensă în timpul exploatării. Această tensiune le-a determinat să pună la îndoială realitatea abuzului, împiedicându-le să caute o cale de scăpare. Relațiile inconsecvente și complexe au condus, de asemenea, la comportamente care pot părea derutante pentru un observator extern. De exemplu, chiar și după ce au reușit să scape din rețeaua de trafic, două dintre victime au ales ulterior să se întoarcă la abuzator, în timp ce altele au minimizat amploarea exploatării suferite.

Izolarea socială. Singurătatea și deconectarea sunt teme recurente în relatările împărtășite de respondentele noastre. În toate cazurile, traficanții au urmărit să le desprindă pe victime de viața lor anterioară, de familie, prieteni sau rețelele comunitare. În unele situații, izolarea socială a presupus impunerea unei distanțe fizice (aspect deosebit de frecvent în cazurile de trafic transfrontalier). Totuși, în majoritatea cazurilor, aceasta a constat în controlul strict al tuturor relațiilor pe care victima le avea cu persoane din afara cercului de influență al traficanților. În alte situații, abuzul social a implicat amenințări sau chiar tentative de discreditare a victimei în grupul său de referință inițial. Izolarea socială nu a însemnat doar îndepărtarea victimei de sistemele de sprijin social, ci și o deconectare profundă de la experiențele sociale obișnuite și micile bucurii cotidiene, precum plimbările în natură, conversațiile banale cu străinii despre vreme sau solicitarea unor sfaturi din partea prietenilor în legătură cu o marcă nouă de șampon. Deși fiecare individ percepe realitatea în mod diferit, victimele nu au de multe ori altă opțiune decât să o cunoască prin prisma narațiunilor și definițiilor impuse de abuzator, așa cum demonstrează și fragmentul de mai jos:

„Toți traficanții găsesc o victimă naivă, care, în general, are o familie dezbinată, și profită de slăbiciunile ei. Ea fiind naivă, crede tot ce spune el. El îndepărtează oamenii din jurul ei tocmai

ca să deformeze realitatea și ca nimeni să nu vină să spună: «Uite ce face ăla, nu e în regulă.» Ei izolează deja victima.” (supraviețuitoare, 27)

Coabitarea reprezintă un factor de risc suplimentar în ceea ce privește sănătatea mintală. În mărturiile lor, supraviețuitoarele descriu un context claustrofobic, în care s-au simțit captive din cauza împărțirii aceleiași locuințe cu traficanții și familia extinsă a acestora. Constatările noastre sugerează, de asemenea, că traficanții operează, de regulă, în grupuri mici bazate pe legături familiale, care sunt, la rândul lor, conectate cu alte grupuri de trafic, formând o rețea. Aceste aranjamente de locuire le-au permis traficantilor să controleze deplasările victimelor, menținându-le într-o stare de dependență. O supraviețuitoare a relatat că i s-a permis să își viziteze mama doar ocazional și sub strictă supraveghere, aspect ce reflectă lipsa de autonomie și monitorizarea constantă. Încercările de a evada din ciclul traficului sunt întâmpinate de obstacole, amenințări și represalii.

Rușinea și stigmatizarea socială. Abuzul emoțional a inclus distrugerea stimei de sine a victimelor, făcându-le să se simtă neajutorate și singure. Cu toate acestea, cei care profitau de ele, proxeneți, „prieteni” sau traficanți de droguri, se bazu foarte mult pe atitudinile dominante ale societății, care devalorizează femeile în general și sunt deosebit de dure și discriminatorii față de femeile exploatate sexual: *„Da, da, ești foarte singură și de multe ori ești lipsită de valoare. Te devalorizează cei din jur.” (supraviețuitoare, 34)*

Judecata societății a amplificat suferința emoțională a victimelor. Teama de a fi judecate le menține în tăcere, chiar și în fața propriilor familii. Dacă aleg să vorbească, se tem că nu vor fi crezute sau că reacțiile primite vor fi dăunătoare. Supraviețuitoarele au menționat frecvent medii familiale în care menținerea aparențelor sau conformarea la normele sociale erau prioritare. Creșterea într-un astfel de climat, unde teama de judecata celorlalți predomină, descurajează deschiderea cu privire la dificultăți sau abuzuri. În unele cazuri, membrii familiei au fost complici la abuz sau au susținut agresorii. De exemplu, o supraviețuitoare a relatat că anumite rude l-au sprijinit pe traficant chiar și după ce abuzul a fost dezvăluit:

„Unii din membrii familiei mele sunt de partea lui și în momentul de astăzi. Și eu, la final de 2018, am intrat într-un program pentru protejarea victimelor traficului cu o adresă protejată. Și îți dai seama că din 2018 până în prezent am membri ai familiei care țin cu el.” (supraviețuitoare, 34)

Mecanisme de adaptare. Alcoolul și drogurile sunt cele mai frecvent menționate mecanisme de adaptare, care pot agrava abuzurile existente sau pot constitui un motiv pentru victime să rămână în relația de exploatare sau chiar să devină complice cu traficantul, din cauza dezvoltării dependenței sau a fricii de urmărirea penală din partea autorităților. Drogurile sunt utilizate atât ca instrument deliberat de control asupra victimelor, cât și ca mecanism de supraviețuire.

Unele victime au recurs la compartimentalizare și disociere ca mecanisme de adaptare, creând personalități alternative în timpul activităților sexuale pentru a putea îndura exploatarea. Altele, copleșite de sentimente de neputință și lipsă de încredere în propria capacitate de acțiune, au adoptat strategii de retragere și amortire emoțională, în special în momentele de intensă suferință psihologică. Cu toate acestea, disocierea sau amortirea emoțională nu au reprezentat soluții pe termen lung, iar reapariția gândurilor negative recurente, uneori suicidare, constituie un indicator puternic al acestui fapt.

O respondentă a evocat un sentiment acut de dor pentru viața obișnuită și conversațiile cotidiene, reflectând o profundă deconectare de la experiențele sociale uzuale: „*Mi-a fost atât de dor de o lume normală [...] să vorbesc despre cât de frumos a plouat ieri...*” (supraviețuitoare, 34 de ani). În acest caz, evadarea în amintiri sau în proiecții imaginare ale unei lumi normale a ajutat-o să facă față exploatării, dar, în același timp, i-a alimentat dorința de eliberare.

Perioada post-trafic. Perioada de trafic lasă o amprentă semnificativă asupra sănătății lor mintale, toate victimele raportând anxietate cronică și stres, inclusiv flashback-uri sau coșmaruri, hipervigilență în spațiile publice, panică declanșată de diverși factori, precum parfumuri sau mirosuri corporale specifice, evitarea unor situații, locuri și alte elemente asociate cu evenimentul traumatic, dificultăți în menținerea relațiilor romantice sau în încrederea în bărbați în general.

B) Impactul fizic al traficului de persoane asupra victimelor

Mărturiile oferite de respondentele noastre relevă unele dintre cele mai frecvente probleme medicale cu care se confruntă victimele exploatării sexuale, atât în timpul cât și după perioada de exploatare. Episoadele de abuz fizic, problemele de sănătate și neglijarea medicală sunt prezente în narațiunile acestora. Cele mai des menționate efecte asupra sănătății sunt leziunile și bolile legate de exploatarea sexuală, problemele de sănătate reproductivă, vătămările corporale, abuzul de substanțe și supradozele, durerile cronice și problemele dentare. Toate aceste condiții sunt detaliate mai jos.

Leziuni fizice. Având în vedere că traficanții utilizau adesea violența sexuală și bătaia severă ca mijloace de control și pedeapsă, majoritatea victimelor prezentau leziuni de lungă durată, cum ar fi coaste fracturate, traumatisme craniene și alte daune ale organelor interne. Abuzul fizic includea lovituri, smuciri, palme, tragerea părului și chiar mușcături. Cele care încercau să reziste erau supuse unui abuz intensificat. După abuz, traficanții ezitau să permită accesul la îngrijiri medicale, astfel încât victimele erau adesea private de asistență medicală. Din cauza naturii muncii, care de cele mai multe ori implica nuditate, traficanții erau adesea precauți să nu provoace daune prea vizibile, cum ar fi vânătăi mari. Într-un caz extrem, victima a fost drogată, forțată să participe la activități sexuale violente, amenințată și lovită repetat cu o toporișcă, ceea ce i-a lăsat cicatrici permanente. Când, în final, a reușit să evadeze și să ceară ajutor, vânătăile erau atât de mari încât autoritățile au întâmpinat dificultăți tehnice în măsurarea acestora.

„*Mi-au luat declarația și au plecat, urmând să vină a doua zi să mă ducă la INML. La INML nu le ajungea rigla... Eu de abia fusesem bătută cu bâta. O zi, două, trei. Nu le ajungea rigla să măsoare vânătăile pe care le aveam așa, pe burtă. Nu le ajungea. Măsurau de două ori cu rigla.*” (supraviețuitoare, 33)

Într-un alt caz, o victimă descrie cum a dezvoltat un abces la rinichi din cauza bătailor suferite după ce traficanții au descoperit că refuzase să intre în camerele private cu diverși clienți într-un bordel din Germania.

„*Și aici a intervenit bătaia cu coadă de mătură, țin minte, și cu cureaua de piele mi-a dat pe mâini, picioare, spate. Pe sparte foarte rău. [...] mi-a deplasat rinichii.*” (supraviețuitoare, 30)

Deși acestea sunt cele mai grave cazuri de vătămare corporală, pe baza poveștilor împărtășite de supraviețuitori, pedepsele fizice sunt frecvente în traficul sexual. În unele cazuri, violența

sexuală a fost utilizată ca metodă complementară pentru a intimida și umili victimele, cum ar fi forțarea unui contact sexual cu traficanții sau presiunea de a avea mai multe contacte sexuale cu clienții. Într-un caz extrem, în care au fost aplicate constrângeri fizice intense, victima descrie cum a îndurat durere extremă în timpul contactului sexual cu traficanții din cauza implanturilor peniene.

În ceea ce privește **sănătatea reproductivă**, cele mai frecvent menționate probleme ginecologice sunt diverse infecții cauzate de bacterii, ciuperci sau viruși. Infecțiile cu *Candida*, infecțiile cu HPV și infecțiile tractului urinar au fost cele mai des amintite. Posibilitatea de a contracta o boală cu transmitere sexuală este corelată cu durata traficului, victimele care au fost exploatate sexual pe perioade mai lungi de timp fiind mai expuse riscului de a dezvolta infecții cu transmitere sexuală (ITS) sau alte probleme de sănătate. Un rezultat surprinzător și totuși încurajator al cercetării este că niciun respondent nu a fost diagnosticat cu ITS în momentul în care au intrat în programul de asistență și protecție. Tinerețea este un factor protector pentru sănătate, deoarece tinerii au, de obicei, sisteme imunitare mai puternice, ceea ce îi face mai rezistenți la bolile infecțioase. Totodată, multe ITS nu prezintă simptome vizibile. Prin urmare, rezultatele testelor pentru ITS nu exclud posibilitatea unei infecții virale (precum HPV) și dezvoltarea unor simptome specifice mai târziu în viață, când sistemul imunitar este slăbit.

Totuși, devine evident din poveștile împărtășite că infecțiile cu transmitere sexuală sunt frecvente în rândul persoanelor exploatate sexual, în special în cazul celor forțate să practice prostituția pe stradă.

Supraviețuitoarele traficului de persoane în scopul exploatarei sexuale au indicat, de asemenea, că interacțiunea lor cu sistemele de sănătate a fost, în multe cazuri, determinată de disponibilitatea testelor pentru infecțiile cu transmitere sexuală și de serviciile de sănătate reproductivă. În aceste situații, acestea au ales, de regulă, să viziteze cabinete private. Totuși, căutarea ajutorului medical profesionist nu a fost întotdeauna o opțiune. Prin urmare, în unele cazuri, infecțiile netratate și lipsa îngrijirii preventive au dus la agravarea stării de sănătate, așa cum devine evident din citatul de mai jos:

„Întotdeauna m-am confruntat cu Candida. Bineînțeles că aparatul genital a fost atât de mult supus unor chestii și traumatisme, că am rămas și în prezent cu o sensibilitate jos. Ok, e foarte nașpa. Adică sunt... trebuie să fiu atentă tot timpul și la toaletă, unde mă duc și cum stau și cum fac, pentru că am rămas cu o sensibilitate [...] Bineînțeles că infecțiile urinare sunt frecvente. Deci a la long, să o luăm așa, per total, perioada de trafic mă urmărește și în prezent [...] Nu știu cum va fi dacă mă voi hotărî să fac un copil cândva.” (supraviețuitoare, 34)

Adesea, traficanții încurajează victimele să își trateze afecțiunile de sănătate acasă, fără a folosi medicamente prescrise. Există două motive care stau la baza acestui comportament. Pe de o parte, deoarece multe victime nu erau asigurate, o vizită la spital sau la un cabinet implica semnificative costuri financiare, mai ales dacă aveau loc în străinătate. Pe de altă parte, o vizită medicală presupunea riscul ca victima să vorbească despre situația sa de exploatare și să o dezvăluie. Prin urmare, decât să apeleze la asistență medicală, varianta cea mai întâlnită era tratamentul acasă, mai ales atunci când afecțiunea nu era gravă și durerea nu era acută. Refuzul îngrijirii medicale este considerat de către ONU o formă de abuz fizic.

Pe lângă refuzul îngrijirii medicale, un alt factor agravant legat de sănătatea reproductivă a fost faptul că traficanții interziceau victimelor să comunice între ele atunci când manifestau simptome de boală sau afecțiuni. Acesta era un comportament deosebit de riscant în cazul bolilor cu transmitere sexuală, când mai multe victime împărțeau aceleași spații, precum băi sau dormitoare. Această situație crea un nivel crescut de anxietate pentru unele dintre victime, care erau constant îngrijorate de starea lor de sănătate, după cum este exprimat în fragmentul următor:

„Arătau într-un fel, să fie cât de cât sănătoase, dar niciodată nu știam despre ele [despre sănătatea celorlalte victime]. Pentru că automat, dacă eu o vedeam pe aia bolnavă, eu nu voiam să stau cu ea în casă și să folosim aceeași toaletă. Și nu se spuneau chestiile astea. Automat că tu erai tot timpul pe prevenție și trebuia să ai grijă de tine, că nu știai ce se întâmplă cu ea și cum e dacă stătea în aceeași casă cu mine.” (supraviețuitoare, 34)

Sarcinile și pierderile de sarcină ulterioare, precum și avorturile, au fost frecvent povestite de către supraviețuitoare. Deși este imposibil de afirmat cu certitudine, poveștile împărtășite de victime arată că traficanții erau cei care le lăsau însărcinate. Constrângerea reproductivă nu rezulta neapărat din dorința traficantilor de a avea un copil cu victima (majoritatea traficantilor având deja copii din relații oficiale), ci reprezenta o altă formă de dominare, în care victimele erau lipsite de capacitatea de a-și controla propriul sistem reproductiv.

„Am avut trei sarcini cu ăsta [traficantul], dintre care unul a fost doar un avort. Restul au fost doar așa [pierderi de sarcină].” (supraviețuitoare, 34)

Totuși, o sarcină, deși neașteptată, poate fi și un factor motivator pentru victime de a-și gestiona dependențele și de a căuta o cale de ieșire din exploatare, așa cum a fost dezvăluit într-unul dintre cazurile pe care le-am analizat. În alt caz, victima a aflat despre sarcină abia după ce a efectuat testele medicale solicitate la intrarea în programul de asistență și protecție al organizației, așa cum este dezvăluit în mărturia de mai jos:

„După perioada de trafic, când am ajuns aici, la câteva zile, mi s-au făcut analize, tot-tot. Totul a fost în regulă. Pe lângă analize, mi s-a făcut un test de sarcină și testul de sarcină a ieșit cu două liniuțe [...] Eram în luna a patra și un pic.” (supraviețuitoare, 25)

Avorturile și pierderile de sarcină pot avea repercusiuni emoționale de lungă durată, în special în absența unui sistem de sprijin social. O supraviețuitoare își amintește un moment din perioada în care a fost traficată, când a suferit o pierdere de sarcină acasă și a fost nevoită să se deplaseze de urgență la spital, fiind însă complet dependentă de traficanțul său și de familia acestuia pentru a înțelege starea sa de sănătate:

„Mi-era așa de rău, așa de rău de nu mai puteam. Și am zis: «Îmi este foarte rău, nu mai pot.» [...] Am avut un avort spontan. M-am trezit, i-am spus. Deja am avut avortul acasă, dar mi-era foarte rău. M-a văzut că sunt palidă la față [...] Și a venit, m-a luat, m-am dus la spital, mi-a făcut un control, mi-au spus că am pierdut sarcina. N-am vorbit eu, că eu nu știam să vorbesc franceză.” (supraviețuitoare, 34)

Multe victime sunt forțate să consume **droguri**, fie pentru a suporta suferința, fie pentru a se supune exploatarei sexuale, sau aleg să o facă voluntar ca mecanism de adaptare. În unele cazuri, victimele au descris situații în care au experimentat o creștere a ritmului cardiac și a

respirației, ceea ce ar putea fi legat de utilizarea de droguri stimulante, alături de adrenalina și starea de euforie. Consumul de droguri poate evolua într-o dependență, care poate duce la probleme de sănătate pe termen lung și la deteriorarea organelor interne. Într-unul dintre cazurile analizate, consumul de droguri a dus la psihoză:

„Am început să strig: «Mi se-ncovoie mâinile, nu le mai simt.» A fost ceva teribil de șocant pentru mine. Probabil ei mai văzuseră chestia asta. Eu nu o mai trăisem până la momentul ăla. [...] A fost printre primele pentru mine. Am avut mai multe episoade de genul.”
(supraviețuitoare, 27)

În cele mai extreme cazuri, consumul de droguri poate duce chiar la moarte prin supradoză. O victimă a povestit că a suferit o supradoză aproape fatală în timp ce practica prostituția în Spania și a fost tratată groaznic la spital, ca o dependentă de droguri. Consumul de droguri și sexul oral neprotejat pot duce, de asemenea, la probleme grave de sănătate orală, inclusiv carii dentare generalizate, boli parodontale și pierderea dinților.

C) Măsurile de sănătate proactive

Unele victime au adoptat o abordare proactivă față de prevenirea problemelor de sănătate, fiind pe deplin conștiente de mediile dificile și de înalt risc în care activau. În două cazuri, victimele au subliniat importanța preluării controlului asupra sănătății lor, asigurându-și medicamentele și tratamentele necesare în anticiparea unor posibile probleme sau efectuând teste și controale medicale regulate. Ceea ce diferențiază aceste două cazuri de restul este nivelul mai înalt de educație, care s-a tradus printr-o alertă crescută cu privire la sănătatea lor. Aceste respondente menționează efectuarea constantă a unor screeninguri medicale din cauza preocupărilor legate de posibile infecții sau boli. Controalele medicale includeau examinări ginecologice recurente, așa cum este descris mai jos:

„Există varianta sa iei Candida. Există posibilitatea să iei HIV. Pentru că eu înainte să vin aici îmi făceam analizele constant, o dată la șase luni, pentru că mi-era foarte frică.”
(supraviețuitoare, 27)

Alte măsuri de prevenire a bolilor menționate de victime au inclus practici de igienă, medicație preventivă, măsuri de protecție în timpul întâlnirilor sexuale și gestionarea sănătății lor mintale.

În ceea ce privește practicile de igienă, unele dintre respondente au menționat că acordau o atenție deosebită dezinfectării spațiilor comune, precum băile, pentru a minimiza riscul de transmitere a infecțiilor. De asemenea, au fost raportate rutine stricte de igienă personală, inclusiv dușurile după fiecare contact și schimbarea lenjeriei de pat, în special în contextul bordelurilor.

Medicația preventivă includea utilizarea contraceptivelor, cum ar fi pilulele contraceptive, pentru a evita sarcinile nedorite sau auto-administrarea de medicamente antiinflamatorii și alte tratamente ca măsuri de precauție.

Un aspect pozitiv împărtășit în timpul interviurilor este importanța măsurilor de protecție în timpul actelor sexuale. Cu excepția contactelor sexuale cu traficanții, care sunt de obicei neprotejate, după cum reiese din interviuri, toate supraviețuitoarele au subliniat faptul că

utilizau prezervative în timpul întâlnirilor cu clienții pentru a preveni infecțiile cu transmitere sexuală sau sarcinile nedorite. De exemplu, una dintre supraviețuitoare își amintește măsurile adoptate de cluburile de sex din Germania, care aveau o politică strictă privind utilizarea prezervativelor, politică care, însă, era frecvent încălcată la cererea clienților:

„În mod normal, regula strictă a clubului era să folosești prezervativ. Cele care nu foloseau erau pentru extra bani, înțelegi? Atunci când se afla la club le dădeau afară. Cam toate astea făceau, în afară de mine. Da, mie mi-a fost frică de treaba asta. Doamne ferește. Mai vine unul... Ce fac? Și aveam grijă așa. Și nu mă duceam cu oricine.” (supraviețuitoare, 26)

În cele din urmă, pentru a face față încărcăturii psihologice, unele victime au relatat implicarea în activități menite să le ajute să facă față stresului și să-și mențină starea de bine psihologică, precum ascultarea muzicii liniștitoare sau disocierea temporară prin jocuri de rol.

5.1.3. Experiențele victimelor traficului de persoane în interacțiunea cu sistemele de sănătate

Supraviețuitoarele traficului cu care am realizat interviuri au căutat asistență medicală în diverse unități de sănătate, atât în România, cât și în străinătate. În perioada exploatării sexuale în afara țării, majoritatea respondentelor au menționat că accesau în principal unitățile de urgență din orașele în care se aflau. Frecvența vizitelor lor, gravitatea condițiilor și diversitatea problemelor de sănătate cu care se confruntau subliniază impactul profund dăunător pe care traficul de persoane îl are asupra sănătății victimelor. Cu toate acestea, în timpul interviurilor, supraviețuitoarele au sugerat un nivel de neîncredere prezumtivă față de sistemele de sănătate și profesioniștii din domeniul medical, ceea ce însemna că doar în situații de criză apelau la îngrijiri medicale profesionale. Lipsa lor de încredere a fost parțial determinată de traficantii, care le încurajau să nu aibă încredere în nicio autoritate. Totuși, de multe ori, aceasta era cauzată de experiențele negative anterioare cu sistemele medicale și de cunoștințele limitate despre drepturile lor sau despre cum să navigheze sistemele de sănătate. Când exploatarea era în afara țării, această situație se agrava, deoarece atât barierele lingvistice, cât și cele culturale împiedicau victimele să caute tratamente medicale sau impuneau obstacole semnificative în privința consimțământului și a confidențialității. Întrucât sistemele medicale nu reprezentau siguranță sau încredere pentru victime, acestea erau mai puțin dispuse să dezvăluie situația lor de exploatare cadrelor medicale pe care le întâlneau. De fapt, unul dintre cele mai importante rezultate ale cercetării noastre este că, din cele șase cazuri pe care le-am analizat, cinci dintre supraviețuitoare nu au menționat în mod explicit că au fost exploatate și abuzate. Realitatea și mai tristă, împărtășită de respondente, este că, în afară de un singur caz, niciun cadru medical nu le-a întrebat despre acest aspect, în ciuda vânătăilor vizibile, a semnelor de stres sau a prezenței unei persoane care exercita control asupra lor. Mai mult, conform mărturiilor victimelor, profesioniștii din domeniul medical nu au recunoscut semnele abuzului sau ale constrângerii, unii ignorând indicatorii traficului și violenței și nereușind să ofere asistență.

Interviurile au relevat, de asemenea, că victimele traficului interacționează selectiv cu diferite servicii de sănătate. Cele mai frecvent utilizate servicii medicale au fost parte din asistența medicală secundară, unde este necesar tratamentul și asistența specializată. Victimele au menționat accesarea unei game variate de unități sanitare, inclusiv cabinete de ginecologie,

unități de urgență, spitale specializate, unități psihiatrice sau medici de familie. Totuși, este interesant de remarcat că clinicile și serviciile private erau preferate în cazul îngrijirii preventive, în timp ce spitalele de stat și camerele de urgență reprezentau opțiunea implicită în cazul îngrijirii reactive. De exemplu, clinicile private, precum Sanador sau Synevo, au fost menționate pentru controale ginecologice regulate, teste și screeninguri, inclusiv consultații legate de sarcină și sănătatea reproductivă.

În același timp, infrastructura medicală publică a fost cel mai frecvent utilizată pentru abordarea problemelor de sănătate și a afecțiunilor medicale deja apărute, inclusiv pentru tratamentul rănilor și intervențiile chirurgicale. Trimiterile către servicii de specialitate proveneau din departamentele de urgență (fie prin ambulanță, fie prin unitățile de primiri urgențe ale spitalelor), incluzând internările psihiatrice, voluntare sau obligatorii. Serviciile dentare au fost menționate ca fiind relevante în cazurile de trafic de persoane, având în vedere că problemele dentare sunt adesea legate de consumul de droguri sau de violența fizică. Totuși, cu excepția unui caz, nicio supraviețuitoare interviuată nu a menționat că a vizitat un cabinet stomatologic în perioada în care a fost traficată sau după aceea.

Este important de luat în considerare faptul că victimele au menționat foarte rar medicul de familie, care reprezintă de obicei primul nivel de îngrijire primară și primul contact cu sistemul de sănătate pentru populația generală⁶⁵. Această situație rezultă probabil din mobilitatea crescută a victimelor traficului de persoane, unele dintre acestea petrecând perioade îndelungate în străinătate în diferite țări, în timp ce altele s-au deplasat din cauza condițiilor de locuire instabile. Astfel au fost mai puțin înclinate să rămână într-un loc sau într-o comunitate specifică și, prin urmare, să efectueze vizite regulate la un medic de familie. În singurul caz în care au fost menționați medicii de familie, aceștia au fost descriși ca puncte de continuitate pe parcursul acordării asistenței medicale. Totuși, interviul a evidențiat lipsa de empatie și interes din partea medicului de familie. Din păcate, aceasta reprezintă o dublă oportunitate ratată. Pe de o parte, medicii de familie sunt esențiali pentru furnizarea unei îngrijiri personale, cuprinzătoare și continue pacienților. Acest aspect este cu atât mai important în cazul victimelor traficului de persoane. Dispunerea unui istoric medical complet al pacientului poate spori gradul de conștientizare al medicului atunci când apar simptome și condiții specifice asociate cu traficul de persoane, cum ar fi pierderea în greutate sau vânătăile inexplicabile.

Pe de altă parte, cercetările anterioare au arătat că supraviețuitorii traficului de persoane pot fi mai puțin reticenți să își dezvăluie experiențele de trafic dacă au încredere în cadrele medicale⁶⁶. Totuși, încrederea este greu de câștigat, mai ales în rândul celor care scapă din medii infracționale, iar aceasta se dezvoltă de obicei în urma unor interacțiuni repetate și a unor relații construite pe o perioadă îndelungată. În configurația actuală a sistemului nostru de sănătate, medicul de familie beneficiază de oportunitatea unică de a construi relații de încredere cu pacienții săi și de a-i încuraja să solicite sprijin atunci când este necesar. Astfel, medicii de familie ar trebui să reprezinte o parte centrală a oricărui plan de prevenire, inclusiv în întreruperea recrutării pentru traficul de persoane și a retrafficării.

⁶⁵ Statisticile INS pentru anul 2021 arată că 51,1% din populație a vizitat medicul de familie sau medicul de specialitate cel puțin o dată în ultimele 12 luni. Mai multe detalii pot fi accesate [aici](#) (accesat în ianuarie 2025).

⁶⁶ J. Lorrinsky Pringle, F. Fillion Gagnon AJ, „[Sex trafficking survivors' experiences with the healthcare system during exploitation: A qualitative study](#)”, în: *PLoS ONE*, 2023, 18(8): e0290067.

Având în vedere că multe victime ajung să apeleze la asistență medicală atunci când se află în situații de urgență, merită să descriem pe scurt modul în care este organizat sistemul național de asistență medicală de urgență în România. În conformitate cu Ordinul Ministrului nr. 1706/2007, unitatea de primiri urgențe (UPU) sau camera de gardă (CPU) este la dispoziția tuturor pacienților care solicită asistență medicală de urgență pentru simptome acute, indiferent dacă acestea sunt noi sau decurg din afecțiuni cronice preexistente. Acestea sunt deschise 24/24, iar serviciile sunt gratuite, indiferent de calitatea asigurării pacientului⁶⁷. Fiecare unitate de urgență are la dispoziție și asistența socială care se ocupă de gestionarea cazurilor sociale ce necesită asistență medicală, inclusiv cazuri de abandon de copii, violență de gen, persoane care se confruntă cu lipsa adăpostului etc. La sosirea în UPU sau CPU, pacienții sunt evaluați și clasificați de o persoană competentă (medic sau paramedic), luând în considerare starea lor clinică și o serie de alți factori (vârsta, stabilitatea funcțiilor vitale, potențialul de agravare a stării lor etc.). Medicii de gardă vor decide asupra investigațiilor necesare și vor direcționa pacienții către diverși specialiști, iar, pe baza rezultatelor acestor intervenții preliminare, vor stabili planul de asistență pe termen lung. Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la starea sa de sănătate, intervențiile medicale propuse, riscurile potențiale ale fiecărei proceduri, alternativele existente la metodele recomandate – inclusiv posibilitatea de a nu urma tratamentul și consecințele nerespectării indicațiilor medicale – precum și informații despre diagnostic și prognostic. În cazul intervențiilor medicale de urgență, consimțământul scris nu mai este necesar. Rudele și apropiații pacientului pot fi informați cu privire la evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, însă doar cu acordul acestuia. Pacientul are, de asemenea, dreptul de a solicita în mod expres să nu fie informat și de a desemna o altă persoană care să primească aceste informații în locul său. Cu toate acestea, majoritatea interviurilor au evidențiat încălcări frecvente ale politicilor spitalicești privind consimțământul și confidențialitatea pacienților, în special în unitățile de primiri urgențe.

Confidențialitatea, consimțământul și siguranța. Conform interviurilor cu supraviețuitoarele, personalul medical nu verifica întotdeauna identitatea persoanei însoțitoare, permitând situații în care pacientul era supus unor examinări medicale fără a beneficia de intimitate. Multe dintre mărturiile sugerează că victimele nu aveau permisiunea de a vorbi pentru ele însele în timpul consultațiilor medicale. În schimb, traficanții sau membrii familiei acestora vorbeau în numele lor, uneori luând decizii medicale fără consimțământul direct al victimei. În unele cazuri, traficanții se prezentau drept soții victimelor, fără ca cineva să verifice această informație.

Adesea, abuzatorul rămânea prezent chiar și în timpul consultațiilor ginecologice, iar pacienta nu mai putea să vorbească liber. Medicii și asistenții medicali nu comunicau diagnosticul sau planul de tratament direct pacientei în mai multe cazuri. În schimb, informațiile erau transmise

⁶⁷ Notă: Deși persoanele beneficiază în general de acces gratuit la îngrijiri medicale de urgență în UPU-uri sau CPU-uri, există unele diferențe între persoanele asigurate și cele neasigurate în cadrul sistemului național de sănătate. Persoanele neasigurate au dreptul la un pachet minim de servicii de bază, gratuit: urgențe medico-chirurgicale, boli cu potențial epidemic și nașteri. Există o listă exhaustivă de diagnostice și proceduri incluse în acest pachet, care poate fi consultată în Normele metodologice pentru aplicarea HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru ce reglementează condițiile de acordare a asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, din 30 mai 2023. Dacă o persoană neasigurată se confruntă cu o situație care nu se află pe această listă, va trebui să achite serviciile medicale.

prin intermediul persoanei însoțitoare, consolidând lipsa de control a victimei asupra propriei îngrijiri medicale. Unele paciente au experimentat intimidarea prin amenințări non-verbale, cum ar fi privirea insistentă a abuzatorului într-un mod care transmitea mesajul „Te voi pedepsi dacă vorbești”. O victimă exprimă clar această lipsă de autonomie și încălcarea confidențialității în timpul întâlnirilor sale medicale și modul în care acest lucru o făcea să se simtă invizibilă:

„Adică nu pot să spun că vai de mine, provin dintr-o clasă socială nu știu de care, dar aveam habar să vorbesc, să știu ce mă doare [...] și înțelegeam ce îmi spune mie medicul. Dar atâta timp cât vorbește însoțitorul, eu... eu nu mai exist, practic.” (supraviețuitoare, 34)

Intimitatea și confidențialitatea au fost, de cele mai multe ori, asociate, în relatările victimelor, cu nevoia de a se simți în siguranță în spațiile medicale. Majoritatea supraviețuitoarelor au declarat că ar fi preferat desfășurarea consultului în condiții de confidențialitate, fără judecată și într-un mediu fără stres. Nu au existat date precise care să indice faptul că victimele de sex feminin ar prefera medici de sex feminin. Lipsa educației și teama de judecată au contribuit suplimentar la disconfortul resimțit de multe victime în legătură cu discuțiile referitoare la problemele lor de sănătate avute cu medicii sau în legătură cu efectuarea unor proceduri medicale specifice.

Mai mult decât atât, nu li s-a solicitat mereu să semneze formulare pentru proceduri medicale sau au fost situații în care s-au simțit presate să își exprime consimțământul fără a înțelege pe deplin implicațiile medicale. În alte cazuri, medicii au oferit explicații minime sau nu au oferit informații deloc despre diagnosticul sau tratamentele recomandate. De exemplu, într-un caz, o pacientă a fost pe cale să primească o injecție cu medicamente în Germania, fără un diagnostic adecvat sau o explicație clară.

„Mi-au zis să îmi fac o injecție, să îmi dizolve ce am în burtă. Nu îmi făcuse RMN la ei, decât ecograf, radiologie de spate și de abdomen. Iar E. venise la mine după patru zile. Vine la mine și îmi zice: «Uite, trebuie să îți faci o injecție în burtă, iar tu trebuie să dai o semnătură că ești de acord cu injecția în burtă.» Și am zis eu: «Nu dau nicio semnătură pentru injecție, pentru că nu știu ce am.» (supraviețuitoare, 30).

În același timp, mai multe respondente au subliniat importanța deciziei victimei și respectarea limitelor acesteia, chiar și atunci când cadrele medicale au suspiciuni clare care indică un caz de trafic de persoane. Acest aspect este deosebit de important atunci când se ia în considerare raportarea cazurilor de trafic către autoritățile de aplicare a legii. Conform respondentelor noastre, cea mai bună abordare pentru profesioniștii din domeniul sănătății ar fi să prezinte victimei diferite opțiuni, să o informeze despre drepturile sale și să raporteze autorităților doar cu consimțământul pacientului. Mărturia de mai jos subliniază linia delicată dintre ajutor și vătămare atunci când se intervine într-o situație de trafic de persoane:

„Dacă ea nu vrea de la început, nu vrea [să iasă din situația de exploatare]. Punct. Tu nu mai încerci, pentru că dacă tu încerci să o convingi pe ea, tu de fapt vei deveni agresor.” (supraviețuitoare, 34)

Devine clar că supraviețuitoarele nu și-au dezvoltat experiențele de trafic dintr-o varietate largă de motive, inclusiv restricțiile impuse de traficanți, durerea și stresul acut, lipsa încrederii în autorități, servicii de traducere inadecvate etc. Cu toate acestea este important de menționat

că în timp ce unele supraviețuitoare nu și-au dezvăluit situația, rezultatele noastre sugerează că majoritatea își doresc să fie întrebate de către personalul medical.

„Dacă un medic ar fi venit la mine și nu știu, dar mai ales dacă mă pot deplasa să-mi zică: «Hai cu mine până-n cabinet, că vreau să vorbesc cu tine personal.» Și medicul ar începe să pună întrebări fără să fie proxenetul de față sau să aștepte afară. [...] Eu aș fi spus dacă m-ar fi luat într-un cabinet să zic povestea. Că e România, că era Germania și încercam prin Google Translate. Ok, eu nu vorbesc engleza. Dar măcar: «Uite, îmi dau seama că ai pățit ceva. Ce s-a întâmplat? Te pot ajuta cu ceva?» Poate atunci eu vorbeam în Germania.” (supraviețuitoare, 30)

Interviurile au relevat faptul că mulți profesioniști din domeniul sănătății nu au reușit să protejeze pacienții vulnerabili. Aceste interviuri sugerează că, pe lângă cauzele sistemice, despre care se va discuta mai jos, lipsa lor de acțiune ar putea fi cauzată de o lipsă de conștientizare asupra fenomenului traficului de persoane în scopul exploatării sexuale și a diverselor sale tipologii. Pentru a aborda această problemă, indicatorii exploatării sexuale pot contribui la consolidarea capacității profesioniștilor din domeniul sănătății de a identifica și sprijini pacienții aflați în risc. Totuși, o listă cu indicatori reprezintă doar un instrument dintre numeroasele disponibile pentru a ajuta victimele. Este important de menționat că victimele subliniază frecvent faptul că **cea mai eficientă abordare de screening implică discuții pline de compasiune și etice despre situația lor.**

Atitudinile cadrelor medicale. Rezultatele studiului au indicat că comportamentul perceput și abordarea cadrelor medicale sunt factori determinanți în evoluția sănătății acestei categorii de pacienți. Supraviețuitorii au subliniat că o abordare atentă și plină de compasiune din partea profesioniștilor din domeniul sănătății a sprijinit semnificativ recuperarea lor. Aceștia au evidențiat impactul pozitiv al asistentelor medicale care au întrebat calm despre situația lor și care au oferit sprijin emoțional, al asistenților sociali care s-au implicat activ (de exemplu, recomandând terapie de grup sau alte servicii de sprijin), al controalelor regulate în spitale și al personalului medical empatic în general. Aceste interacțiuni de susținere nu numai că au îmbunătățit bunăstarea lor mentală, dar au avut și efecte pozitive asupra sănătății lor fizice.

„Pe mine m-a ajutat empatia [personalului medical], dar eu m-am dus de bunăvoie. Adică eu m-am dus chită să povestesc, să se știe, să merg mai departe, să fac tot ce trebuie ca să îl închid pe ăla și să nu mai audă nimeni de el.” (supraviețuitoare, 33)

Cu toate acestea, în ciuda acestor câteva cazuri de asistență empatică, atitudinile predominante ale medicilor, așa cum sunt descrise de supraviețuitorii traficului de persoane, constau într-un tipar de indiferență, judecată și lipsă de empatie, așa cum ilustrează următorul fragment:

„Poate eram și eu puțin paranoică, să zic, sau eram... psihotică sau ...doar așa mi se părea. Da, lipsa de empatie. [...] Dar nu de la toată lumea. Dar am simțit și asta: «E doar o altă pacientă. Ea a vrut să ajungă acolo. E vina ei.» Cumva, mentalitatea asta oricum e destul de răspândită, ca la țară. Chiar dacă a violat-o, a fost ea curvă cumva. Că ea e de vină și că își merită soarta. De la femei și de la bărbați deopotrivă.” (supraviețuitoare, 33)

Multe supraviețuitoare au raportat că au fost tratate dur sau ca și cum ar fi fost vinovate pentru condițiile lor medicale. Prejudecățile personalului medical au interferat cu furnizarea adecvată

a serviciilor către victimele traficului de persoane care sufereau de boli mintale sau dependență de droguri. Deoarece atenția lor era concentrată pe diagnosticarea și recomandările legate de bolile mintale și recuperarea din dependență, au trecut cu vederea semnele de trafic, în ciuda prezenței indicatorilor de abuz fizic. O victimă a descris cum s-a simțit ca „ultimul rest de gunoi” atunci când a solicitat îngrijiri după o supradoză parțială.

„În Spania am fost, de exemplu, am avut o semi supradoză. Mi s-a făcut rău și a trebuit să ajung la spital și m-au tratat ca pe o drogată. M-am simțit ca ultimul gunoi.” (supraviețuitoare, 34)

O supraviețuitoare a menționat că, atunci când avea o durere severă, un medic a amenințat-o că o va trimite într-o unitate psihiatrică dacă nu „se calmează”. Într-un alt caz, o femeie a fost refuzată să fie examinată corespunzător și i s-a spus că este bine, ceea ce a dus la abuzuri suplimentare acasă. Acest caz este deosebit de relevant pentru cercetarea noastră, deoarece subliniază conexiunea puternică dintre sănătatea emoțională și cea fizică. Victima a solicitat inițial îngrijiri medicale pentru dureri de stomac și migrene; cu toate acestea, testele de diagnostic nu au arătat nicio afecțiune medicală de fond. După reflecție, victima a recunoscut aceste simptome ca fiind o somatizare—o manifestare fizică a stresului emoțional. Un astfel de stres poate apărea sub formă de diverse simptome fizice, inclusiv dureri de cap, dureri articulare, dureri de stomac, greață, vărsături, oboseală, probleme de memorie, slăbiciune a corpului și dificultăți de respirație. Este esențial să recunoaștem că medicii pot subestima impactul stresului cauzat de exploatare, iar aceste simptome inexplicabile pot reprezenta un semnal de alarmă important pentru identificarea posibilelor victime ale traficului de persoane.

„Somatizam foarte mult în mine. Da, pentru că era faza... Era faza psihologică, n-aveam cum. El mă stresa pentru că eu nu mai voiam să mai fac. Și el voia bani acum și eu nu aveam de unde să-i dau bani acum și automat că am ajuns la Urgențe. M-a dus el și ulterior cu stări de vărsătură. I-am explicat doctorului ce am. Doctora a fost foarte rea cu mine, n-a empatizat. «Domnule, dar de ce ai adus-o? Pentru că ea nu are nimic.» Și automat, când doctora a spus că eu nu am nimic, m-am urcat în mașină și mi-am luat bătaie.” (supraviețuitoare, 34)

Eșecul în a identifica semnele traficului de persoane. Personalul medical a eșuat adesea în a pune întrebări de bază privind siguranța pacientei, cum ar fi dacă se simțea în siguranță sau avea nevoie de ajutor. În unele cazuri, semnele vizibile de abuz, cum ar fi vânătăile sau malnutriția, au fost ignorate. În altele, medicii și asistentele aveau suspiciuni că ceva nu era în regulă, dar nu au intervenit sau nu au raportat îngrijorările.

„Ajunsesem la spital [în Brașov]. Oamenii de acolo s-au comportat foarte urât. Acolo e totul foarte rece. Nu poți să mergi să le spui. Te întreabă ce s-a întâmplat de zici că tu ești un... nu știu, te-ai dus și ai furat ceva. Și simțeam pur și simplu că nu am scăpare, la modul chiar simțeam că nu am scăpare.” (supraviețuitoare, 27)

Cazuri de îngrijire empatică. Câteva cadre medicale au demonstrat un adevărat interes și preocupare, în special cei cu experiență anterioară în lucrul cu grupurile vulnerabile. Unele victime au fost ulterior îndrumate către grupuri de suport sau asistenți sociali, ceea ce le-a ajutat să iasă din situațiile lor. De exemplu, una dintre victime a menționat că o singură

asistentă grijulie, care i-a oferit confort și a purtat o conversație cu ea, a ajutat-o să-și recâștige încrederea în îngrijirea medicală.

„M-am împrietenit cu o tipă, cu o asistentă de acolo. A spus că a fost la un spital trei ani de zile pe droguri și a spus că ea în viața ei nu a văzut asemenea intoxicații. Femeia a fost foarte drăguță și m-a ajutat foarte mult.” (supraviețuitoare, 27)

În ansamblu, relatările subliniază eșecurile sistemice în recunoașterea și abordarea nevoilor victimelor traficului de persoane. Cu toate acestea, ele sugerează și faptul că mici acte de empatie din partea personalului medical pot face o diferență semnificativă în ajutorarea victimelor care caută siguranță. Sistemul medical din România a fost descris ca fiind nepregătit pentru a identifica și a aborda cazuri complexe, inclusiv traficul de persoane și exploatarea sexuală.

5.1.4. Bariere și factori facilitatori în accesarea îngrijirii medicale

Aceste bariere subliniază modul în care fricile personale, stigmatizarea socială și problemele sistemice se întrepătrund, restricționând accesul la îngrijirea medicală. O victimă articulează clar interacțiunea dintre aspectele structurale, cum ar fi sărăcia, și obstacolele individuale, precum lipsa de cunoștințe în ceea ce privește accesarea îngrijirii medicale.

A) Constrângeri sistemice

O analiză recentă realizată de Comisia Europeană indică faptul că, în ciuda unei creșteri a cheltuielilor pentru sănătate în România în ultimul deceniu, țara rămâne pe penultimul loc în Uniunea Europeană atât în ceea ce privește cheltuielile pentru sănătate ca procent din PIB, cât și per capita⁶⁸. Lipsa personalului în sectorul sanitar, ineficiențele birocratice, corupția și infrastructura inadecvată de sănătate au fost menționate ca bariere semnificative în accesul la îngrijiri.

Cu toate acestea, cel mai frecvent, victimele traficului de persoane au vorbit despre **lipsa asigurării de sănătate** și despre constrângerile financiare implicite ca fiind unele dintre cele mai semnificative bariere în accesul la îngrijiri medicale. Conform legislației, victimele traficului de persoane beneficiază de servicii medicale gratuite prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Totuși, aceste măsuri se aplică doar victimelor identificate oficial, lăsând astfel în risc femeile care se află în prezent în situații de exploatare sexuală.

„Adică un obstacol a fost ăsta cu asigurarea. Pentru că până să muncesc să am asigurare, mi se pare că plăteam medicamentele. Și în cazul în care nu ai bani, până te pui pe picioare, mai ales dacă ești ieșită din trafic sau nu ai un suport de undeva sau nu ai o fundație [...] Dacă tu ești de abia ieșită sau ai scăpat și încerci să-ți refaci viața, dar trebuie să iei tratamente de oricare, ai HIV, ai hepatită cine știe ce ai și n-ai asigurare medicală pentru că nu ai muncit sau de atâția ani ai făcut doar asta pentru că e mai ușor sau ai motive și tu nu poți să-ți obții

⁶⁸ Mai multe informații despre acest subiect pot fi găsite în raportul Comisiei Europene, [România. Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea](#) (accesat în ianuarie 2025).

medicamentele gratuit ca să poți să te tratezi. Nu o s-o mai faci și ajungi să pățești mai rău.” (supraviețuitoare, 33)

Costurile medicale au generat dificultăți financiare pentru victimele traficului de persoane. În absența unui sistem de protecție financiară adecvat din partea statului, victimele s-au confruntat cu dificultăți în a plăti serviciile medicale de care aveau nevoie. Fără asigurare de sănătate, unele victime au optat pentru servicii medicale private. Lipsa mijloacelor financiare personale și a unui sprijin minim din partea statului a fost compensată de eforturile organizațiilor neguvernamentale, care au acoperit consultațiile și testele medicale necesare victimelor după ieșirea din situațiile de trafic.

„În afară de spitalul de psihiatrie, gen m-am dus eu la dentist și așa mai departe. Totul a fost din banii mei. Ginecolog. Absolut tot. M-am dus la o clinică privată. Să înțelegem faptul că marea majoritate a fetelor care ajung în situația de trafic vin din medii defavorizate. [...] Ele nu au asigurare, nu pot... Practic, ești legat de mâini și de picioare. Ești ca și un șomer, înțelegi? Și nu te ajută absolut nimeni. Să zic. Uite, dacă rămâne însărcinată, e și mai grav.” (supraviețuitoare, 27)

Prin urmare, lipsa de securitate economică poate reduce accesul la servicii de sănătate, submina sănătatea, crește sărăcia și exacerba inegalitățile socioeconomice.

Infrastructura medicală inadecvată a contribuit la accesul limitat la îngrijire și la o abordare tranzacțională din partea profesioniștilor din domeniul sănătății. Mai multe victime au menționat că medicii păreau să prioritizeze banii în detrimentul îngrijirii, mai ales în mediile private. Consultațiile medicale se desfășurau adesea în grabă, ca și cum pacienții erau doar „un alt caz de rezolvat.” În perioade de criză, precum cea determinată de pandemia de COVID-19, prioritizarea cazurilor legate de virus a dus la întârzieri și neglijarea altor nevoi urgente de îngrijire medicală.

„Cred că există și o lipsă de un deficit de personal. Și nu-i judec în totalitate pe ei, pentru că n-am fost în situația lor și privesc lucrurile acum, ce-ți povestesc ție din punct de vedere al pacientului. Dar nu m-am pus în locul lor, pentru că eu înțeleg că sunt situații foarte grave. Sunt oameni care fac atac de cord, sunt oameni care fac, nu știu, au metastază, sunt oameni cu dureri oribile, cu cancer. Eu îi înțeleg și pe ei. Deci eu înțeleg. Doar că mi se pare că nici nu au... nu au un plan.” (supraviețuitoare, 27)

Corupția în sistemul medical. Poveștile împărtășite de respondentele noastre au subliniat corupția drept un factor cu impact semnificativ asupra sistemului de sănătate din România. Cele mai frecvente forme de corupție sunt mita și influențarea profesioniștilor din domeniul sănătății. Unele victime își amintesc că au fost nevoite să plătească „la negru” pentru a obține servicii de la medici și asistente:

„Am intrat direct pe hol, tot așa, printr-o cunoștință. Știam că este un medic, o doamnă doctor ginecolog, care era foarte bună la vremea respectivă [...] Pur și simplu am luat-o pe infirmieră care era cunoștință cu [doamna doctor ginecolog] și i-am băgat ăsteia 50 de lei în buzunar. Ea s-a dus, a vorbit cu doamna doctor care era acolo și, bineînțeles, a avut loc consultul medical.” (supraviețuitoare, 34)

În concluzie, interviurile au dezvăluit costurile medicale, calitatea serviciilor medicale și atitudinile profesioniștilor din domeniul sănătății drept factori ce pot facilita sau împiedica dorința unei victime de trafic de a solicita asistență medicală. Acestea indică faptul că lipsa de empatie, epuizarea profesională sau atitudinile de respingere din partea cadrelor medicale au creat bariere suplimentare în accesul la îngrijiri pentru victimele traficului de persoane care au solicitat ajutor medical. Frica de judecată, vinovăția victimelor și teama de represalii din partea traficantului au descurajat și mai mult supraviețuitorii să solicite ajutor. Atitudinile stigmatizante pot avea consecințe severe, amplificând stresul. Asigurarea unui mediu de îngrijire empatic și fără prejudecăți este esențială pentru depășirea acestor bariere și îmbunătățirea accesului la îngrijiri pentru victimele traficului de persoane.

B) Bariere individuale

Pe baza relatărilor oferite de respondente, am identificat mai multe bariere individuale în accesarea serviciilor de sănătate, printre care frica și trauma, rușinea și stigma, lipsa de suport, bariere educaționale și reticența de a solicita ajutor.

Teama de a fi judecate sau etichetate (de exemplu, ca „femei ușoare” sau responsabile pentru situația lor) de către specialiștii din domeniul medical sau de societate, alături de sentimentele internalizate de neajuns sau vinovăție, le-au descurajat pe victime să solicite îngrijire medicală. Multe dintre acestea au simțit că sunt tratate ca o povară, că nu sunt binevenite și au considerat că medicii erau rapizi în a le eticheta, a le învinovăți pentru situația lor.

În unele cazuri, reticența de a solicita ajutor medical profesionist era proiectivă, însă în multe altele, aceasta provenea din interacțiuni anterioare negative cu sistemul medical, așa cum a fost menționat mai sus. Drept urmare, unele victime au menționat o „independentă greșit plasată”, adică o speranță sau o iluzie că pot să-și gestioneze sănătatea singure, fără intervenție specializată.

Teama de represalii sau de vătămare din partea traficantilor și abuzatorilor constituie bariere suplimentare care au împiedicat și prevenit femeile traficate să acceseze și să colaboreze cu sistemele de sănătate din România și din străinătate. În unele cazuri, anxietatea că traficanții ar putea provoca rău s-a extins și asupra membrilor familiei lor și chiar asupra profesioniștilor din domeniul sănătății, așa cum ilustrează și citatul de mai jos. Un interviu a relevat, de asemenea, preocupări legate de pierderea custodia copiilor sau de alte repercusiuni legate de familie în cazul în care ar divulga circumstanțele lor.

„Nu vor să se implice pentru că le este frică. De obicei, traficanții îți pot face rău, ție și familiei tale, și nimeni nu vrea să-și complice viața pentru a altcuiva, chiar dacă sunt medici.” (supraviețuitoare, 27 de ani)

Bariere educaționale. Lipsa de cunoștințe privind navigarea sistemului de sănătate sau identificarea îngrijirii adecvate a împiedicat unele victime ale traficului să acceseze serviciile medicale. Provocările precum lipsa de informații privind medicul ce trebuie consultat, timpii lungi de așteptare și resursele limitate au împiedicat și mai mult accesul la îngrijire. Aceste bariere au fost adesea asociate cu dificultăți practice, cum ar fi lipsa accesului la transport, care a limitat și mai mult capacitatea supraviețuitoarelor de a ajunge la vizitele medicale.

Lipsa sprijinului. Victimele traficului de persoane se confruntă adesea cu o izolare socială severă, impusă de traficanți, ceea ce le limitează accesul la rețelele de sprijin familiale sau sociale atunci când solicită îngrijire medicală. În unele cazuri, victimele au amânat informarea familiilor despre problemele de sănătate din cauza sentimentelor de rușine și teama de a-și expune situația. În plus, traficanții descurajau activ cooperarea și prietenii între victime, prevenind astfel sprijinul reciproc. Drept urmare, supraviețuitoarele nu dispuneau de sisteme de suport individual sau comunitar care ar fi putut contribui la bunăstarea lor fizică și mentală, lăsându-le complet dependente de abuzatori sau traficanți în gestionarea problemelor de sănătate.

C) Factori facilitatori în accesarea îngrijirii medicale

Victimele menționează următorii factori facilitatori în accesarea îngrijirii medicale:

Sprijinul din partea organizațiilor – Asistența din partea ONG-urilor sau fundațiilor care au oferit suport moral și logistic în accesarea serviciilor medicale. Implicarea instituțiilor externe (de exemplu, prin procese legale sau sociale) pentru a facilita accesul la îngrijiri medicale.

Servicii medicale de urgență – Disponibilitatea serviciilor disponibile non-stop în unitățile de primiri urgențe asigură îngrijire în situații critice.

Empatia din partea profesioniștilor din domeniul sănătății – Exemple în care lucrătorii din domeniul sănătății au arătat compasiune, înțelegere și au oferit îngrijirea necesară. Oferirea unei îngrijiri cu compasiune și fără prejudecăți le-a ajutat pe victime să dezvolte relații de încredere care au consolidat comportamente orientate spre obținerea de îngrijiri medicale.

Rețelele sociale – Suportul din partea membrilor familiei sau al persoanelor de încredere care au asistat la programările medicale, au acoperit costurile sau au oferit sprijin emoțional.

Determinarea personală – Automotivarea victimelor de a solicita ajutor, în ciuda provocărilor, de obicei din dorința de a se recupera sau de a proteja persoanele dragi.

5.2 Analiza interviurilor cu profesioniștii din domeniul sănătății

Prezentarea generală a participanților

La acest studiu au participat un medic de familie, un medic rezident în medicina de urgență (UPU) și alte patru cadre medicale specializate în medicina de urgență, toți având experiență în ceea ce privește îngrijirea potențialelor victime ale traficului de persoane. Trei participanți activează la Spitalul Clinic de Urgență din Sibiu, doi la Spitalul Universitar de Urgență Elias și unul la Spitalul Universitar de Urgență din București. Dintre cei șase participanți, doar trei au beneficiat anterior de sesiuni de formare în prevenirea traficului de persoane, iar unul a beneficiat de formare în gestionarea cazurilor ce implică victime ale abuzurilor și agresiunilor sexuale.

5.2.1. Recunoașterea potențialelor victime ale traficului de persoane

A) Conștientizarea traficului de persoane și identificarea semnalelor

Participanții care au urmat formări pe tema traficului de persoane aveau o înțelegere mai bună a problematicii și se simțeau mai încrezători în identificarea și raportarea potențialelor cazurilor. De exemplu, un participant (MED_PR3) a reușit să identifice și să raporteze recent un caz de trafic de persoane, în ciuda dificultăților întâmpinate în cadrul sistemului. Ulterior, și-a împărtășit experiența cu colegii în cadrul întâlnirilor, ceea ce a generat un interes considerabil și s-a dovedit valoros pentru îmbunătățirea abordării în astfel de cazuri. Totuși, acest lucru nu a fost valabil în întreaga structură a departamentului. În timp ce cei care aveau cunoștințe în domeniu se simțeau încrezători în gestionarea acestor cazuri, au observat că mulți alți colegii lor nu dețin abilitățile necesare. Unii participanți au simțit, de asemenea, că sunt insuficient informați și au subliniat necesitatea unui protocol clar și a unor instruiți corespunzătoare (MED_PR4). Un alt aspect a fost legat de posibilele victime ale traficului de persoane. Participanții au subliniat că unele persoane ar putea să nu fie conștiente de propria lor victimizare și au discutat despre linia fină dintre victimizare și normalitatea percepută de către victime (MED_PR2).

Indicatorii traficului de persoane și exploatării sexuale. Cele mai multe cazuri medicale implică traume fizice, în special genitale, iar acestea ar putea ridica semnale de alarmă pentru personalul medical încă de la început. Alte semnale țin de limbajul non-verbal și corporal al victimelor, precum și implicarea îngrijitorilor, membrilor familiei, sau altora (persoane care însoțesc victimele la spital). În plus, o mare parte din informațiile colectate prin istoricul medical și legate de urgența medicală în cauză ajută practicienii să identifice semne ale exploatării, care pot fi ulterior raportate autorităților competente. Semnalele suspecte pe care participanții le-au menționat includ: ascunderea semnelor de traumă fizică sau genitală (MED_PR4); tatuaje ciudate cu nume de persoane și/sau date (MED_PR3); alte persoane care încearcă să controleze firul narativ și informațiile date, exercitarea controlului asupra unui pacient adult (MED_PR5); cazuri prezentate ca fiind abuzuri sexuale din partea iubiților, care se întâlnesc în medie o dată pe lună sau o dată la două luni (MED_PR5); comunicarea non-verbală a pacientului, mai ales dacă este însoțit de alții (potențial traficanți sau autori) (MED_PR6).

Toate cazurile în care pacienții/victimele sunt însoțiți de cineva generează suspiciuni, mai ales dacă au fost observate schimbări în comportamentul pacienților, în poveștile acestora, sau pur și simplu în modul în care se comportă persoana însoțitoare. Așa cum s-a menționat în secțiunile anterioare, pacienții însoțiți de alte persoane – cum ar fi posibili traficanți sau abuzatori – care încercau să îi intimideze pe aceștia sau pe personalul spitalului reprezintă semne ce pot indica un potențial caz de exploatare. Participanții au reușit să urmărească acești pacienți și să colaboreze cu colegii lor pentru a răspunde corespunzător acestor situații. Mai mult, participanții au sugerat că, în special în cazul pacienților minori care sunt tratați într-o unitate de urgență diferită, riscurile de exploatare ar putea fi semnificativ mai mari și ar trebui investigate.

Exploatarea prin muncă și sclavia – „slugoi” – este o altă formă de exploatare menționată de medici. Un participant a identificat un astfel de caz, prezentat mai jos, și a discutat pe larg despre contextul copiilor și tinerilor care ar putea ajunge în situații de exploatare în zonele rurale și subdezvoltate ale țării. Acest caz specific se referea la un băiat tânăr – posibil minor în momentul exploatării – care era analfabet, izolat, supus muncii forțate în condiții extrem de

precare la o fermă (posibil ca cioban sau ajutor de cioban). Atât examenul fizic, cât și discuțiile cu băiatul l-au determinat pe participant să solicite sprijin și să redirectioneze acest caz către serviciile sociale, ca o posibilă formă de exploatare a muncii.

„Am avut copil de 18 ani, analfabet, care s-a prezentat la urgență bătut. La fel, era destul de vânat. Când l-am întrebat ce e cu el, i se citea frica în ochi, pentru că se vedea, era terorizat, era foarte închis în el, era foarte panicat. La un moment dat a pocnit un coleg o mânășă și nu știa unde să se ascundă. Se vedea clar că persoana aia a pățit ceva. [...] Da, mi-a spus că el nu are voie să plece de la ferma respectivă, că vine stăpânul [...] Și am zis: «Bun, ok, și tu acolo, nu știi, ai unde să te speli, ce faci, ce mănânci, cum ești, numai tu sau mai ești și cu altcineva?» Mi-a spus că nu, este doar el, că l-au dat, nu mai știu exact contextul în care a ajuns el acolo, dar am impresia că a rămas de la familia lui [...] l-au luat de crescut sau nu știu, o chestie de genul ăsta. A povestit. [...] L-am întrebat la un moment dat: «Bun, și tu acum, dacă eu îți dau drumul de aici, din spital, tu ce faci?» Zice: «Păi nu știu.» Și zic: «Bun, dar știe cineva că ești aici?» Zice: «Sper să nu afle.» În momentul în care mi-a spus că sper să nu afle, atunci m-am dus frumos la asistentul social. L-am chemat.” (MED_PR2)

Traficul de persoane versus violența domestică (VD) și violența sexuală. Având în vedere natura complexă și ascunsă a traficului de persoane, participanții au subliniat dificultățile întâmpinate în identificarea acestuia, mai ales din cauza suprapunerii și confuziei cu violența sexuală, agresiunea și violența domestică. Participanții au discutat cazuri din practica lor în care nu era clar dacă situația implica trafic de persoane sau agresiuni sexuale și violență domestică. Lipsa de cooperare și implicare din partea victimelor a redus și mai mult eforturile de intervenție. Astfel de exemple au inclus și cazuri de femei intoxicate cu droguri sau forțate să consume alcool (MED_PR6), sau cazuri care implicau viața de noapte:

„Au mai fost situații, unde pacientele au avut ruptură de perineu și de alte chestii și a fost nevoie să intre în sala de operații. Repet, nu știu dacă erau victime ale traficului de persoane sau dacă au fost violate. Așa că am avut situații în care fetele au fost în club cu o seară înainte, s-au îmbătat și următoarea zi au venit spunând că au fost violate de către un domn care le-a adus acasă.” (MED_PR5)

Violența domestică și violența sexuală. Participanții au considerat cazurile de violență domestică ca fiind frecvente și au menționat că „de multe ori violența domestică și traficul de persoane se suprapun” (MED_PR1). Aceștia au descris situații în care o soție era implicată în prostituție pentru a-și întreține familia, subliniind dificultatea de a distinge cazurile în care abuzul domestic este înrădăcinat în abuzul sexual și psihologic.

„Din punctul meu de vedere este o linie foarte fină între violența domestică și nu neapărat exploatare sexuală, dar exploatare psihică, pentru că aici mi se pare că e cel mai complicat.... Mi se pare că e foarte greu să faci o diferență între cazurile astea”. (MED_PR2)

„Tot așa, o fată de 21 de ani s-a prezentat la spital bătută de noul ei soț, fiind căsătorită de 24 de ore. Era lovită peste tot, prezentând vânătăi grave pe întreg corpul. Când am văzut-o, am întrebat-o dacă a sesizat autorităților sau dacă a depus plângere. [Mi-a spus] Nu, nici nu mă gândesc, e soțul meu, îl iubesc. Nici măcar nu a așteptat să mai fie consultată, pur și simplu a plecat...Eu cred că ea se îndrepta către o situație de trafic, pentru că avea o expresie...ușor ciudată...Nu știu cum să spun, o privire goală... Și cred că a fost din iubire pentru el. La un moment dat, acolo ajunge totul [la caz de trafic]” (MED_PR3)

Datorită naturii complexe a acestor situații, participanții se consultă frecvent cu colegii și solicită îndrumare atunci când evaluează cazurile potențiale de trafic de persoane sau exploatare, pentru a le sesiza mai departe.

B) Consultări și colaborări în gestionarea cazurilor potențiale de trafic de persoane

Consultări și colaborări. Participanții discută în mod constant cazurile posibile de exploatare cu managerii lor, membrii echipei, colegi din alte departamente, sau asistenți sociali. Aceștia solicită îndrumări privind pașii de referire, identificarea resurselor disponibile, accelerarea procesului de referire și asigurarea siguranței potențialelor victime în cadrul spitalului. Având în vedere absența unui protocol specific pentru gestionarea cazurilor de trafic de persoane și exploatare sexuală, aceștia lucrează pentru a identifica soluții.

„Dacă ridici un semn de întrebare de genul ăsta [posibil caz de trafic], mie îmi place să respect ierarhia. Și atunci, în momentul în care identific o chestie de genul ăsta, mă duc la șeful de tură tot timpul. La fiecare tură există câte un șef de tură. Dacă șeful de tură nu înțelege situația, atunci apelez la alți doctori care sunt mai experimentați sau mai vechi în domeniu și vedem ce decizie se ia în cazul ăsta. Eu nu am niciun fel de problemă în a trece peste ierarhie. Încerc să nu o fac, încerc să nu rup lanțul ierarhic al cadrelor medicale, dar dacă sunt nevoit, n-am o problemă cu asta.” (MED_PR2)

„Am luat legătura cu medicul șef de gardă de la secția de ginecologie din acea seară. A fost un fel de noroc chior, întrucât am înțeles că acel domn doctor a mai fost implicat în anumite cazuri de acest gen și avea un număr de telefon de la o asociație care era specializată în protejarea persoanelor exploatate sexual și victime ale traficului de persoane. Dumnealui ne-a pus în legătură cu cineva de la această organizație care poate să vină și să îi ofere ajutor victimei.” (MED_PR5)

Cooperarea și implicarea poliției. Un potențial caz de trafic adesea necesită implicarea poliției în gestionarea situației. În funcție de gradul de urgență (cu excepția agresiunilor sexuale, care trebuie oricum raportate), aceștia apelează 112 sau utilizează contacte pe care le au, ei sau colegii lor, ale departamentelor specifice care se ocupă de trafic [de exemplu, Brigada de Combatere a Criminalității Organizate (BCCO), Direcția de Investigare a Criminalității Organizate și Terorismului (DIICOT), ANITP sau diverse ONG-uri]. Poliția a fost considerată drept *„colaboratori apropiați, deoarece lucrăm frecvent cu ei”*. (MED_PR2)

Colaborările cu alte structuri implică asistenți sociali, psihologi din echipa mai largă a spitalului sau din alte departamente, cum ar fi serviciile sociale (de exemplu, DGASPC) sau serviciile de imigrație. Aceste colaborări sunt esențiale în cazurile de vulnerabilitate ridicată și/sau posibilă exploatare. Până în prezent, unii participanți au considerat că aceste colaborări există, dar totodată există limitări în cadrul secției de urgență privind existența unor echipe bine stabilite (de exemplu, asistenți sociali și psihologi) care ar trebui să monitorizeze aceste cazuri și să le refere ulterior către entitățile adecvate pentru sprijin. Acest element lipsește, ceea ce pune o presiune suplimentară asupra personalului medical în gestionarea unor astfel de cazuri, după cum sugerează următoarele exemple:

„[Ar fi bine de știut] că ai acces la o echipă aptă, alta decât poliția și asistentul social. O echipă complexă, pe care să o poți apela indiferent de oră. Deci informația și accesul, ele reprezintă plasa

de salvare. Bine, degeaba ai informația, dacă nu o poți folosi corect. Deci ambele cred că sunt cele mai importante. Eu îmi fac treaba mea din punct de vedere medical și ceilalți specialiști o fac pe a lor.” (MED_PR1)

„Dacă aș avea numărul de telefon la care se poate suna la orice oră, ca cineva să vină să preia victima și să-și facă treaba, nu am nicio problemă. Dar gândiți-vă că eu în camera de gardă, ca medic, mai am 10-15 pacienți, de exemplu, în momentul respectiv. Și dacă am un caz de genul acesta, eu sunt blocat în momentul acela. Nu mă pot ocupa de ceilalți 10 pacienți, pentru că va trebui să rezolv toate chestiile astea administrative legate de cazul de trafic. Dar dacă ai contacte la care știi că poți apela și că se ocupă ei de tot, îți ia o povară mare de pe cap”.(MED_PR5)

Prin urmare, colaborarea și eficiența ar trebui îmbunătățite prin implementarea unor protocoale adecvate, care să permită cadrelor medicale să se concentreze asupra atribuțiilor lor, asigurându-se, totodată, ca victimele potențiale sunt direcționate către asistență. Acest aspect va fi analizat mai detaliat în Secțiunea de Recomandări.

5.2.2. Interacțiunea cu victimele traficului de persoane

A) Etapele inițiale ale contactului medical cu victimele traficului de persoane

Sosirea în unitatea medicală. Având în vedere contextul studiului și cele trei locații unde au fost colectate datele, majoritatea victimelor ajung la camera de urgență prin ambulanță, fie singure, fie însoțite de alte persoane. Simptomele și problemele medicale comune includ dureri abdominale, sângerări, probleme ginecologice și/sau membre fracturate. După evaluările inițiale, revizuirea istoricului medical și înregistrarea pacientului, aceștia sunt redirecționați către departamentele corespunzătoare în funcție de nevoile lor medicale. Majoritatea cazurilor sunt tratate la camera de urgență sau, în unele cazuri, într-un centru specializat pentru agresiune sexuală, în cadrul ambulatoriului spitalului (MED_PR6).

Întâlnirea cu pacienții care folosesc informații/identități false. Participanții au evidențiat dificultățile întâmpinate în identificarea persoanelor care utilizează identități false. Spitalele se bazează pe datele de identificare din buletin, dar nu au posibilitatea de a verifica autenticitatea acestora, sau de a urmări istoricul medical. Astfel de practici au fost recunoscute ca fiind frecvente. Unii participanți au menționat, de asemenea, colaborarea cu poliția în aceste cazuri, pentru a gestiona situații similare (MED_PR1). Cu toate acestea, în primă instanță, și pentru acordarea îngrijirilor de urgență, identitatea nu a fost considerată relevantă, în ceea ce privește referirea ulterioară a victimelor potențiale și monitorizarea exploatării sau a istoricului medical.

Însoțită de traficant și/sau alte persoane la spital. Nu e neobișnuit ca victimele să fie însoțite de alții (de exemplu, mamă, soț, partener), inclusiv de traficanți în cazurile confirmate de trafic de persoane. În timp ce adulții conștienți nu necesită însoțire în timpul consultațiilor, participanții au raportat cazuri în care traficanții rămâneau prezenți, manifestând agresivitate și comportamente care stârneau suspiciuni de exploatare sau abuz. Un astfel de caz a implicat un abuzator care era polițist, iar participantul a subliniat nivelul ridicat de intimidare și control, care depășea interacțiunea cu victima (MED_PR1). Unii participanți au descris situații în care au fost martori ai fricii, ezitării și ambivalenței victimelor în a dezvălui informații, schimbându-și declarațiile sau evitând, pur și simplu, să ofere orice informație. Astfel de cazuri erau adesea

caracterizate prin lipsa de cooperare, din cauza presiunii externe, controlului și forțării, așa cum reiese din următoarele extrase:

„Pacienta a zis că îi este frică să dea detalii, deoarece traficanțul era în fața spitalului și o aștepta cu alte persoane. Inclusiv unul dintre oameni încerca să ceară informații despre ea de afară. Nu i s-au oferit. Încerca să vină la Camera de gardă, la asistentele de la triaj, să ceară informații despre pacientă și eu nu le ofeream, pur și simplu. Se dădea drept cineva din familie. Am zis că eu personal ofer informații pacienților, că atâta timp cât sunt conștienți, nu am niciun alt drept în afară de a anunța pacientul în cauză de diagnostic și de problemele medicale. (MED_PR5)

„Am înțeles că era însoțită până în curtea spitalului de persoana care o agresa. De regulă, ei încearcă să mențină controlul, atât cât li se permite”. (MED_PR1)

Nivelul de control și constrângere exercitat asupra victimei o expune riscurilor chiar și în cadrul spitalului, întrucât personalul medical nu dispune de cunoștințele și resursele necesare pentru a gestiona în mod eficient situațiile ce implică situațiile de trafic, așa cum reiese din următorul exemplu:

„... mai ales dacă traficanțul știe cum să vorbească cu asistentele medicale. E genul ăla care, să fim sinceri, bagă un ban în buzunar și ar putea să intre la orice oră. Asta cred că e important, să se intervină rapid. Că nu o să înțeleagă infirmiera care are 60 de ani și este la un pas de pensionare. Nu o să înțeleagă ce înseamnă trafic de persoane și că n-are voie să intre nimeni la pacienta respectivă”. (MED_PR6)

B) Observații privind interacțiunile cu victimele traficului de persoane

Unii dintre participanți au întâlnit cel puțin două cazuri confirmate de trafic de persoane în cariera lor, alături de alte situații potențiale, dar neconfirmate. Aceștia au descris în detaliu poveștile victimelor, procesul de identificare, problemele medicale și etapele de referire către servicii specializate. Au fost menționate aspecte precum „câștigarea încrederii”, „manifestarea griji”, „empatia” și „profesionalismul”. Cu toate acestea, participanții au subliniat și provocările întâmpinate, cum ar fi lipsa timpului, volumul ridicat de cazuri și dificultatea de a semnaliza indicatorii de trafic, sau de a interveni în absența cooperării din partea victimei.

„Era o tânără cu dureri abdominale...Și am preluat-o eu. Am început consultația și am început să vorbesc cu ea. Când a început să se dezbrace, am observat că era plină de vânătăi. Apoi am observat că avea niște tatuaje suspicioase - unul pe fiecare mână, cu numele unui bărbat și o dată. Acela a fost momentul care mi-a trezit cele mai multe suspiciuni, așa că am început să îi adresez diferite întrebări. În cele din urmă, mi-a spus că practica prostituția, că îl susținea financiar pe bărbatul în cauză, că acesta o bătea des și că a fost legată de un copac timp de două zile. Am aflat, de asemenea, că a născut cu două-trei luni în urmă. Avea un bebeluș pe care îl alăpta. Avea un hematom de 20 de cm la ficat pe lângă mai multe coaste rupte în stadii diferite de vindecare. A fost bătută rău. Am întrebat-o dacă a fost prima dată când s-a întâmplat asta. Am raportat situația, și apoi am întrebat-o dacă vrea să depună plângere. Acesta a fost practic singurul lucru pe care m-am concentrat - dacă vrea să depună plângere... Pentru că, deși eu eram nevoită legal să raportez, am simțit-o mai mult ca pe o obligație morală.”

Alte cazuri au fost mai puțin clare; de exemplu, participanții au descris situații în care pacienții au oferit relatări inconsecvente sau îndoielnice, care ulterior au fost atribuite unor probleme de sănătate mintală, fără ca alte măsuri să fie luate (MED_PR5). În mod similar, au existat

cazuri în care o femeie implicată în prostituție a raportat inițial o agresiune sexuală, dar, în cele din urmă, a recunoscut că acuzația fusese o formă de răzbunare împotriva traficantului ei (MED_PR6). Având în vedere că prioritățile medicale sunt complexe și adesea se îndepărtează de aspectele sociale ale cazurilor, astfel de relatări și dezvăluiri nu sunt întotdeauna investigate în continuare. Un participant a discutat despre responsabilitățile medicale și prioritățile activității sale:

„Profesioniștii din domeniul sănătății sunt instruiți să acorde prioritate situației medicale, indiferent de eventualele suspiciuni sau factori externi. Concentrarea asupra îngrijirii medicale este esențială, deoarece orice abatere – fie că este cauzată de starea mentală a pacientului sau de alte circumstanțe – poate conduce la omisiuni critice, pentru care aceștia rămân responsabili”. (MED_PR1)

Observații privind profilul victimelor. Toate cazurile analizate au implicat femei tinere, fiind frecvent remarcată apartenența la etnia rromă, aspect corelat cu situații de abuz domestic și violență (MED_PR1; MED_PR3; MED_PR5).

„(Etnie rromă) Mie așa mi s-a părut la început. Ulterior, am înțeles că practica prostituția încă de la vârsta de 13 ani. Însă, de-a lungul anilor, traficanții s-au schimbat. (MED_PR3)

„Era o fată de vreo 20 și ceva de ani, era tinerică, slăbuță, de etnie rromă”.(MED_PR5)

O altă trăsătură comună a fost maternitatea. În cele mai multe dintre cazurile întâlnite, potențialele victime aveau copii.

C) Interacționarea cu victimele traficului de persoane: dezvăluiri și confidențialitate

Cazurile de dezvăluire directă sunt rare, după cum au observat participanții: *„Nimeni nu ar veni vreodată să ne spună că este traficată”* (MED_PR3). Totuși, în unele cazuri, s-a observat că victimele căutau asistența medicală ca o oportunitate de evadare. De exemplu, MED_PR5 a prezentat un caz similar, în care victima și-a planificat evadarea în acest mod:

„Ea mai avea și un copil și a reușit să-l lase la sora ei. După ce și-a rezolvat, așa spune, situația și a îndepărtat copilul de pericol, a sunat la ambulanță, pentru a fugi de acolo. Adică, nu ar fi putut să facă asta înainte, din cauza copilului, de teamă că i s-ar întâmpla ceva dacă ar fi denunțat acea persoană. Nu știu nici măcar cât de mult a fost o problemă medicală, așa spune [...] Venise doar pentru a ieși din acea casă, pentru a scăpa de acel individ.” (MED_PR5)

Motivele auto-identificării includ imposibilitatea de a mai suporta violența sau exploatarea, împreună cu identificarea momentului și locului potrivit sau întâlnirea unei persoane în care victima poate avea încredere. Totuși, atunci când victimele aleg să dezvăluie, ele exprimă adesea îngrijorări legate de siguranța lor și a familiei lor, solicitând garanții de protecție. Pe lângă siguranță, factori precum rușinea, vinovăția, discriminarea și normalizarea violenței sunt percepuți ca bariere în calea auto-identificării. Participanții au subliniat **importanța unei comunicări eficiente**, adresarea întrebărilor corecte atunci când se suspectează exploatarea și asigurarea că victimele potențiale se simt în siguranță și ascultate. Exemplele următoare prezintă întrebările adresate în cazurile în care personalul medical a suspectat trafic de persoane și victimele au confirmat ulterior că au fost traficate:

„Te simți rău? Ce îți provoacă disconfort? Ce te face să fii anxioasă? Hai să vorbim.” I-am spus direct că o echipă va veni și se va ocupa de tot. „Ești maltrată? Nu știu cum să mă ocup personal de asta, dar sunt persoane mult mai calificate la care te pot referi.” (MED_PR1)

„Prima întrebare [pe care i-am pus-o] a fost: ‘Cine te rănește?’, pentru că voiam să știu dacă era vorba despre un partener, un soț sau un părinte – pentru că se întâmplă și asta. Apoi mi-a spus că era partenerul ei și cred că voia să vorbească cu cineva. Părea că ajunsese la capătul răbdării, după ce îndurase atâtea bătăi în ultimele zile. Spunea că situația se înrăutățise în ultima săptămână și că fusese legată de un copac, iar eu cred că voia să scape.” (MED_PR3)

Participanții au ridicat și **probleme legate de confidențialitate în cadrul unităților medicale.**

Camerele de urgență sunt, de obicei, supraaglomerate, ceea ce duce la un nivel scăzut de confidențialitate în interacțiunile dintre personalul medical și pacienți. Toți participanții au fost de acord că, din cauza numărului mare de cazuri și a timpului limitat acordat fiecărui pacient, persoanele se simt adesea jenate să împărtășească detalii personale într-un astfel de mediu.

„Cred că confidențialitatea este extrem de importantă, dar este un pic dificil de asigurat. Dacă pacienta mărturisește [că este victimă], avem o cameră, de exemplu, unde o putem duce. Am identificat o cameră de consultații pe care o împărțim cu femeile însărcinate care primesc un anumit tip de tratament. Această cameră are baie proprie, are tot ce îi trebuie astfel încât, cel puțin în cazul, așa cum vedem acum, al agresiunilor sexuale, pacienții să se simtă cât mai confortabil posibil. Nu sunt expuși privirilor altora, altor pacienți, și pot vorbi liber, iar fluxul de lucru este practic doar pentru ea. Dar ce facem cu ceilalți? Până nu își dezvăluie situația, nu avem cum să-i ducem pe toți acolo [în acea cameră] și să deschidem discuții. În plus, avem nevoie și de timp liber. În cazul acelei agresiuni sexuale, deși părea simplu, mi-a luat mai mult de două ore să o rezolv, da, mai mult de două ore. Mai sunt multe de explicat.” (MED_PR6)

În consecință, identificarea unui caz de trafic de persoane este, de asemenea, limitată de lipsa de confidențialitate între cadrele medicale, așa cum au sugerat unii participanți.

D) Căi de acces și recomandări pentru suport: Poliția și serviciile de asistență

Recomandările medicale sunt frecvente, în funcție de necesitățile medicale ale pacienților. Cazurile de abuz sexual sunt, de asemenea, trimise către INML (Institutul Național de Medicină Legală) pentru investigații și examene medico-legale suplimentare. Mai mult, atunci când se suspectează un caz de abuz sexual sau orice tip de agresiune, profesioniștii din domeniul sănătății au obligația legală de a informa Poliția: *„I-am spus că este obligația mea să informez poliția și că era alegerea ei dacă dorea sau nu să depună plângere” (MED_PR4).* Astfel, prin internarea victimelor în spital pentru tratament și investigații suplimentare, aceștia le oferă timp pentru a reflecta asupra deciziei de a lua legătura cu Poliția sau cu alte entități relevante, precum ANITP.

„Între timp, am reușit s-o internez pe secția de chirurgie, ca să nu fie nevoită să plece din spital în ziua respectivă. A făcut lucrurile mai ușoare, echipa ANITP a putut să vină în cursul săptămânii și lucrurile au mers chiar foarte bine. După ceva timp m-am interesat să văd ce s-a întâmplat cu fata și înțelesesem că a ajuns într-un centru, că și-a dus cu ea și fata de la bărbatul pe care l-au arestat”. (MED_PR3)

„Inițial, v-am spus, i-a fost frică să contacteze poliția. Eu i-am explicat că în principiu așa trebuie procedat și am întrebat-o de ce îi este frică, că până la urmă este într-un spital, avem pază, de aici poate să o ia poliția și să o apere. A zis că are un copil și din cauza copilului nu poate, să nu

pătească ceva copilul. Ulterior, am luat legătura și cu șefa secției și cu ginecologul. Au venit, am discutat cu pacienta. A refuzat, ulterior, să chemăm poliția". (MED_PR5)

Provocările legate de consimțământ. Pe lângă procedurile medicale standard pentru colectarea datelor și a probelor medicale, care necesită consimțământul pacientului, un profesionist din domeniul sănătății a discutat despre dificultățile întâmpinate în notificarea autorităților competente. De exemplu, deși majoritatea au sugerat că ar fi obligați să informeze poliția, un participant a subliniat și necesitatea obținerii consimțământului pacientului, după cum sugerează următorul exemplu:

„Da, cred că notificăm automat poliția, odată ce persoana își dă acordul. Adică, până nu își dă consimțământul, nu pot face nimic. Adică, aș putea să mă înșel. Până nu se dovedește altfel, aș putea să mă înșel. Și dacă sun la poliție din proprie inițiativă și ea neagă vehement, spunând: ‘Nu, domnule, nu am fost agresată, a fost cineva din familie...’, aș simți că am sunat poliția degeaba. Așadar, pacientul trebuie să își dea automat acordul. Consimțământul victimei este cel mai important factor. Cu cât întârziem mai mult acest proces, cu atât mai mult durează să sunăm la poliție.”(MED_PR5)

O altă problemă legată de consimțământ apare atunci când persoanele încearcă **să obțină informații în numele pacientului** (sau al victimei potențiale). Participanții au povestit despre situații în care alții au încercat să obțină informații în numele pacientului, dar păreau suspecti, ceea ce a dus la refuzul de a dezvălui orice detaliu. De exemplu, într-un caz, o persoană a susținut că este unchiul pacientei, dar nu știa nici măcar numele acesteia, ceea ce a condus la refuzul de a oferi informații (MED_PR5). În altă situație, o persoană care însoțea pacienta nu a fost lăsată să rămână în zona de consult. Ulterior, s-a descoperit că aceasta se prezentase fals drept pacient pentru a rămâne aproape de victima potențială.

Rețele de sprijin. Participanții au descris colaborarea cu asistenții sociali din spitale, acolo unde acest serviciu era disponibil, pentru a evalua nevoile victimelor și a le face recomandări pentru suport, atunci când era necesar (MED_PR6). Aceștia au subliniat importanța stabilirii unor protocoale și proceduri clare, pentru a se asigura că informațiile furnizate victimelor și potențialelor victime sunt corecte și coerente, evitând totodată promisiunile false referitoare la sprijinul disponibil.

„Trebuie să eviți să faci promisiuni. Nu face promisiuni pe care nu le poți ține. În al doilea rând, nu poți să-i oferi date concrete. Poți să-i spui că există o opțiune disponibilă, dar, în cele din urmă, las-o pe ea să decidă ce vrea să facă cu viața ei, pe termen scurt sau lung. [Trebuie să știe] că poate alege să plece în orice moment, dacă acest lucru este realist. Dacă nu crede că este în regulă, este foarte important ca ea să știe că poate să se întoarcă la ceea ce vrea. Că nu va fi închisă, că nu va fi forțată să urmeze un anumit curs. Nimeni nu o forțează să facă nimic, decât ceea ce vrea ea; i se oferă pur și simplu oportunitatea de a face ceea ce vrea și nu ceea ce vor alții pentru ea.” (MED_PR1)

Refuzul sprijinului de către victime. Toți participanții au întâlnit cazuri în care victimele au refuzat orice tip de susținere sau recomandare, chiar și atunci când existau semne clare de exploatare. Astfel de constatări sunt în concordanță cu literatura existentă referitoare la respingerea suportului. Mai mult, unii participanți au remarcat că „9 din 10 cazuri nu ar accepta suport” (MED_PR1), în timp ce alții au amintit cazuri specifice în care „practic, totul s-a oprit acolo... Am crezut că va accepta acel număr de telefon, dar nici măcar pe acesta nu l-a vrut” (MED_PR6). Așa cum s-a menționat în secțiunile anterioare, participanții au observat că în

anumite cazuri, în care semnele de constrângere erau evidente, deși victimele au dezvăluit inițial situația și au colaborat cu personalul medical, ulterior au refuzat orice tip de suport și recomandare. Acest refuz a fost atribuit percepției că beneficiile suportului și securității erau limitate și insuficiente pentru a răspunde nevoilor victimelor.

„Aici a prezentat situația așa, după care, ca în toate cazurile de acest tip, cred, au apărut multe temeri legate nu doar de siguranța personală, ci și de siguranța familiei. Ceea ce a urmat probabil nu i-a oferit siguranța de care avea nevoie, și astfel a renunțat să facă pașii următori, chiar dacă am încercat să-i oferim un sentiment de siguranță. Am depus un efort, atât eu cât și autoritățile competente, pentru a-i explica ce se poate face pentru a asigura atât siguranța ei, cât și siguranța familiei ei.” (MED_PR01)

Prin urmare, victimele traficului de persoane refuză adesea sprijinul, chiar și atunci când semnele clare de exploatare sunt evidente. În ciuda implicării inițiale cu profesioniștii din domeniul sănătății, multe victime se retrag ulterior din căutarea unui ajutor suplimentar, din cauza temerilor adânci legate de propria siguranță și de siguranța familiilor lor. De asemenea, participanții au sugerat că, probabil, susținerea oferită nu răspunde nevoilor acestora, sau nu le asigură nivelul de securitate necesar, ceea ce le determină să abandoneze orice demersuri pentru a căuta ajutor suplimentar.

E) Riscurile și rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în prevenirea traficului de persoane

Unul dintre principalele riscuri identificate de participanți în mediul medical a fost **siguranța fizică a profesioniștilor din domeniul sănătății**, datorită lipsei de securitate adecvată în incinta spitalelor și a situațiilor periculoase cu care se confruntă în mod frecvent. Aceștia au menționat că, în general, personalul de securitate nu era pregătit fizic pentru astfel de sarcini. Următorul fragment reflectă percepția generală despre securitatea din spitale:

„Da, să zicem, doar în scris, dacă mă întrebi. Adică, nu vreau să creez probleme pentru alții în spital, dar pot să spun că am mai multă încredere în purtătorii de targă din echipă decât în cei de la pază, uneori. Adică, dacă este un bărbat mai mare la pază, nu am nicio problemă, dar când vezi un bătrân de 70 sau 60 de ani, tot cred că avem nevoie de un sistem de securitate mai bună.” (MED_PR5)

Întâlnirile cu pacienți recalcitranți sau intoxicați erau frecvente, iar participanții au relatat incidente violente, inclusiv agresiuni fizice asupra colegilor. Un participant a povestit despre cazuri în care pacienții și familiile acestora au ajuns la camera de urgență înarmați cu „*cuțite și săbii*” (MED_PR4). În mod similar, un alt participant a descris un episod violent și a subliniat că locul de muncă poate deveni un mediu ostil:

„Li s-a întâmplat colegilor mei în urmă cu o lună, când un bărbat, doar pentru că era beat, s-a ridicat din scaun, i-a dat o palmă unei colege însărcinate, i-a spart buza, i-a smuls altui coleg tricoul, și a lovit încă un coleg la picioare. E greu să fii concentrat în astfel de momente. Dacă scapi un pacient din ochi sau pe unul dintre acești oameni beți pentru o secundă, ai șanse mari să ai probleme, ceea ce devine foarte stresant. Devine un spațiu foarte ostil. Nu mai poți rămâne calm, nu îți poți face treaba corect”. (MED_PR2)

Riscuri legate de trafic. Totuși, participanții au recunoscut riscurile inerente activității lor și limitările mai largi ale sistemului medical. În ceea ce privește traficul de persoane, un

participant a menționat că unii profesioniști din domeniul sănătății ar putea să se teamă de traficanți, deși acest lucru nu reprezenta o preocupare pentru ea (MED_PR3). Ea și-a amintit că a informat un coleg despre un caz de trafic, unde i s-a recomandat să fie precaută, dar s-a simțit în siguranță în camera de urgență, datorită mediului controlat. Deși nu s-a simțit personal amenințată, a considerat că majoritatea profesioniștilor din domeniul sănătății se confruntă probabil cu frică în astfel de situații. Doar MED_PR1 a fost direct implicat într-un caz de trafic, în care traficanțul era un ofițer de poliție. În timpul consultației, acesta a însoțit victima și a încercat să intimideze profesioniștii din domeniul sănătății prin abuzarea funcției sale. Totuși, participantul a gestionat situația respectând protocoalele și împiedicându-l să se apropie de pacient. Cazul a fost confirmat ca trafic de persoane, iar traficanțul a fost încarcerat. Ulterior, participantul a fost informat că traficanțul îl urmărea cu mașina de mai mult timp.

„Am fost informat că persoana m-a urmărit cu mașina timp de aproximativ două săptămâni și polițiștii mi-au spus: ‘O să fim și noi în urma ta. Așa că nu te panica, dacă nu e el, oricum suntem noi.’ Faptul că era polițist a făcut totul mult mai dificil. După aceea, într-adevăr, am dat o declarație la proces. Declarația a fost anonimă, deși înțeleg că el a aflat numele meu și tot ce ținea de mine, lucru care ulterior ar putea reprezenta un factor de risc. Cred... Știu că știa cine sunt și unde lucrez. Nu știu dacă știa unde locuiesc, dar fiind din poliție... A fost destul de dificil. Nu am mai păstrat legătura cu cei care s-au ocupat de caz, tocmai din motive de siguranță... Oricum, cred că astfel de cazuri sunt groaznice. El, de cealaltă parte, nu a interacționat direct cu mine, adică să îmi trimită amenințări directe. Probabil știa că făcând asta s-ar fi expus mult mai ușor. Dar indirect, am aflat și de la oamenii de la Crimă Organizată că da, m-a urmărit cu mașina câteva zile și așa mai departe.” (MED_PR1)

Un participant a subliniat riscul de **acțiune legală** împotriva medicilor, un aspect care nu a fost menționat de ceilalți participanți. Acțiunile în instanță sunt adesea intentate din motive precum malpraxisul sau nemulțumirea față de procedurile medicale. Totuși, în cazurile care implică trafic de persoane – în special în identificarea și notificarea victimelor – participantul a sugerat că implicațiile legale potențiale ar putea descuraja profesioniștii din domeniul sănătății să se implice, din cauza temerii de a se confrunța cu consecințe legale.

„Este foarte adevărat și mi se pare foarte în regulă, dar vine la pachet cu teama de instanțe și procese, care crește tot mai mult în România. Nu cred că există vreun doctor care să nu fi avut măcar un proces. Nu prea ai cum să combați asta, pentru că fiecare își face meseria așa cum știe el mai bine.” (MED_PR1)

Beneficii pentru identificarea cazurilor de trafic. Participanții au menționat că nu există beneficii pentru identificarea cazurilor de trafic și că nici nu ar trebui să existe. Aceștia au fost de acord că identificarea cazurilor reprezintă atât o responsabilitate medicală, cât și etică, ghidată de conștiința lor profesională (MED_PR2).

„Nu există astfel de stimulente, dar nici nu trebuie să existe, pentru că ceea ce se întâmplă în acest domeniu trebuie să fie de fapt sarcină de serviciu, indiferent că ești medic de familie sau ai altă specialitate”. (MED_PR6)

Unii participanți au menționat, de asemenea, că simt mândrie atunci când rezolvă cazuri atât din punct de vedere medical, cât și non medical (MED_PR1). Un participant a subliniat că, în ciuda provocărilor cu care se confruntă în unitatea medicală, motivația și pasiunea ar trebui să le ghideze activitatea, fiind astfel pregătiți să facă față riscurilor și provocărilor aduse de

context (MED_PR2). În consecință, așa cum va fi discutat mai târziu, motivațiile ar putea fi traduse în ghiduri clare de practică și resurse suficiente în spitale, pentru a asigura capacitatea acestora de a gestiona cazurile de trafic, inclusiv mecanismele de identificare și referire.

În final, **rolul profesioniștilor din domeniul sănătății în prevenirea, identificarea și răspunsul la traficul de persoane** a fost, în general, considerat o „responsabilitate umană” (MED_PR3), care depășește atribuțiile lor medicale, mai ales în ceea ce privește asigurarea unui proces adecvat de referire. Totuși, trebuie stabilit un proces clar de raportare. Deși participanții au recunoscut rolul lor în identificarea semnelor de exploatare, aceștia nu l-au văzut ca pe o responsabilitate exclusivă, ci mai degrabă ca pe o obligație împărțită, bazată pe o echipă specializată pentru a gestiona astfel de cazuri (MED_PR1). Așa cum sugerează următorul exemplu:

„Din moment ce îți ridică un semn de întrebare, trebuie să sune și se ocupă mai departe până când ajunge o altă entitate la persoana traficată, ca să aibă o șansă mai departe. Dacă tu ai identificat-o, ai dat un telefon la 112.” (MED_PR3)

Un participant a subliniat factorii care pot împiedica notificările și acțiunile profesioniștilor din domeniul sănătății, printre care se numără lipsa de cunoștințe, riscurile și repercusiunile potențiale pentru cei care fac notificări, precum și presiunile legate de muncă.

„În primul rând, frica – teama de repercusiuni asupra ta ca individ. Apoi, pregătirea. Lipsa pregătirii, practic. Ca multe alte deficiențe majore ale sistemului pe care le avem în momentul de față, aceasta ar fi una dintre ele. Mai întâi, totul începe cu pregătirea... L-ai identificat? Trebuie să faci asta, asta, asta, asta și apoi să o transmiți mai departe. La revedere! Nimeni nu mai știe de tine, nimeni nu știe că l-ai identificat, nimeni nu știe că l-ai transmis mai departe. Și aici este vorba și despre securitatea datelor și informațiilor.” (MED_PR2)

În cele din urmă, eforturile de prevenire trebuie integrate la toate nivelele sistemului medical, incluzând medicii de familie, medicii școlari și asistenții medicali. Trebuie stabilite trasee clare de raportare, care să asigure anonimatul celor care fac raportările și să minimizeze orice riscuri asociate.

5.2.3. Migranții ca și potențiale victime ale traficului de persoane

Având în vedere contextul actual al fluxurilor de migrație în România, migranții reprezintă un grup emergent care necesită o atenție suplimentară. Participanții la studiu au discutat despre provocările întâmpinate în interacțiunea cu acești pacienți și identificarea semnelor potențiale de exploatare. Participanții au raportat cazuri din Ucraina, Asia (de exemplu, India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Sri Lanka, China) și Orientul Mijlociu, toate implicând muncitori migranți în diverse industrii.

Probleme medicale. Migranții sunt consultați zilnic, cazurile apărând frecvent: *„avem migranți zilnic, 4-5 pe tură” (MED_PR3)*. Principala problemă medicală raportată a fost legată de afecțiuni digestive, în timp ce alte cazuri includeau leziuni de muncă, dureri de spate, tăieturi, probleme legate de alcool, răceli, gripă și infecții respiratorii. Participanții la studiu nu au observat semne grave de abuz sau exploatare, cu excepția problemelor digestive, pe care le-au atribuit schimbărilor de mediu și condițiilor precare de trai cu care aceștia se confruntă, așa cum sugerează următorul exemplu:

„...Într-adevăr, unii dintre ei trăiesc în condiții mizerabile sau nu sunt hrăniți corespunzător, ceea ce duce la multe probleme intestinale – gastroenterocolită, enterocolită, gastrită, ulcere și așa mai departe. Întâlnim aceste cazuri foarte frecvent.” (MED_PR2)

Personalul medical s-a confruntat cu provocări semnificative din cauza **barierelor de comunicare și limbaj**, care le îngreunau adesea capacitatea de a interacționa eficient cu pacienții. Deși limba engleză era utilizată frecvent, aceștia apelau uneori la colegi care vorbeau alte limbi, cum ar fi araba. Totuși, s-a convenit în mod general că Google Translate era principalul instrument folosit pentru a depăși aceste dificultăți, dar acest lucru nu rezolva în mod precis problemele:

„Traducere, interpretare, zero, din păcate. Adică dacă știu ei să vorbească engleză sau să se înțeleagă cu pacienții respectivi prin Google Translate. Din păcate și cu Google Translate e o barieră de limbaj și din păcate, se pierd informații”. (MED_PR5)

Semnele de abuz sau exploatare posibilă nu erau frecvent prezente sau vizibile în cazurile generale. Totuși, participanții au observat că, deși persoanele „nu păreau să fie epuizate sau obosite” (MED_PR3), existau preocupări legate de bunăstarea acestora, unul dintre medici întrebându-se dacă *„li se oferă hrană și cazare adecvată”* (MED_PR3). Un alt caz a ridicat suspiciuni de posibilă exploatare, ceea ce a determinat intervenția serviciilor de imigrare:

„Am avut situații cu indieni și pakistanezi care au venit în țară pentru muncă și ulterior au fost agresați de angajatorii lor. Au fost aduși la Urgență deoarece nu aveau unde să stea, fiind izolați în România.” (MED_PR5)

Aceste **probleme legate de migrație** erau, de obicei, rezolvate rapid, deoarece participanții la studiu aveau contacte directe în cadrul serviciilor de imigrație și sociale, care răspundeau prompt pentru a oferi ajutor celor aflați în nevoie: *„sunăm un asistent social de la serviciile sociale, care vine și îi duce într-un centru”* (MED_PR5). Totuși, având în vedere că unele dintre aceste incidente aveau loc noaptea, pacienții (migranții) trebuiau să petreacă noaptea în camera de urgență până la sosirea oficialilor din cadrul serviciilor de imigrație a doua zi. Unul dintre respondenți a considerat acest lucru o problemă relativ nouă, care se intensifică rapid.

Doar un caz a ridicat suspiciuni privind o posibilă exploatare a unei femei. Acesta a implicat o tânără de origine din Orientul Mijlociu, care a ajuns în camera de urgență împreună cu soțul ei. Insistența soțului de a traduce, refuzul de a o lăsa singură și evitarea contactului vizual din partea ei au stârnit îngrijorări în rândul personalului medical (MED_PR6). Totuși, având în vedere că ea a ales să nu intervină sau să dezvăluie nicio preocupare, nu s-au luat măsuri suplimentare.

5.2.4. Sănătatea victimelor și a supraviețuitorilor traficului de persoane

Având în vedere că intervievații au avut un contact limitat cu cazurile de trafic de persoane, cunoștințele și observațiile lor privind starea generală de sănătate și bunăstarea victimelor s-au restrâns la cazuri de leziuni fizice cauzate de bătăi severe (de exemplu, coaste rupte, traumatisme la nivelul capului, toracelui sau membrelor) și probleme ginecologice. După ce victimele primesc îngrijiri medicale de urgență, acestea fie sunt direcționate pentru spitalizare, fie sunt externate. Îngrijirile de urgență și trei zile de spitalizare sunt acordate gratuit. Cu toate acestea, participanții nu erau la curent cu faptul că victimele traficului de persoane pot avea asigurare medicală, pentru că acest aspect nu a fost întâlnit în practica lor.

Personalul medical din unitatea de primiri urgențe nu urmărește cazurile pe termen lung și, prin urmare, nu poate oferi informații clare despre starea de sănătate a victimelor. Acest aspect a fost reflectat în exemplele următoare:

„Din păcate, cei de la poliție nu vin să ne dea feedback ulterior despre ce s-a întâmplat în aceste situații”. (MED_PR5)

„Unele aveau probleme anale, probleme vaginale, alte lucruri se rup mult mai ușor, dar dincolo de asta, nu pot spune pe termen lung. În primul rând, pacienții trebuie să se întoarcă pentru reevaluare. Majoritatea se întorc prin ambulatoriu, sau ar trebui să se întoarcă prin ambulatoriu, nu prin UPU. Dar pentru acest tip de probleme, nu mai interacționez cu ei.” (MED_PR5)

Personalul medical din unitățile de urgență este rareori la curent cu parcursul victimei după primele întâlniri. Totuși, în funcție de context, unii au reușit să afle despre evoluțiile pe termen scurt. Un participant la studiu a povestit: *„Cred că aproximativ două săptămâni mai târziu, asistenta-șefă din departamentul de chirurgie mi-a spus că o văzuseră pe ea [victima] și că arăta complet diferit. Era bine îmbrăcată, îngrijită și purta machiaj”* (MED_PR3). Un alt participant a aflat că un caz pe care l-a susținut *„a avut succes din toate punctele de vedere, pentru că ea și-a recăpătat viața”* (MED_PR1).

Impactul pe termen lung rămâne neclar în urma acestor interviuri. Participanții au menționat că, pe lângă rezolvarea problemelor medicale, sprijinul psihologic și îngrijirea pe termen lung din partea serviciilor specializate sunt esențiale pentru asigurarea recuperării și bunăstării victimelor traficului de persoane:

„Din punct de vedere medical, patologia lor medicală trebuie rezolvată. Dar problema lor principală este patologia psihologică. Acolo trebuie să se lucreze, și nu neapărat cu un psihiatru, ci mai des cu un psiholog. Acești oameni au nevoie de sprijin și de un cuvânt bun mai mult decât de un psihiatru care să le dea pastile antidepressive.” (MED_PR3)

„Dacă nu se creează o echipă de sprijin complexă și pe termen lung, ei se vor întoarce în cele din urmă în același mediu. Dar succesul imediat nu înseamnă neapărat succes pe termen lung. De aceea, trebuie creată o rețea cuprinzătoare de echipe care să ofere atât stabilitate, cât și, ulterior, reintegrare. Chiar dacă pare dur, reintegrarea ar trebui să fie un proces treptat care să îi ajute să vadă și să experimenteze beneficiile acesteia.” (MED_PR1)

„Din punct de vedere medical, problemele lor de sănătate fizică trebuie abordate, dar lupta principală este cea psihologică. Aici este nevoie de adevărata muncă, și nu neapărat cu un psihiatru—mai frecvent, cu un psiholog. Aceste persoane au nevoie de sprijin și de un cuvânt bun, mai mult decât de un psihiatru care să le prescrie antidepresive.” (MED_PR3)

„Dacă nu se formează o echipă multidisciplinară adecvată, pe termen lung, vor ajunge din nou în același mediu. Succesul imediat nu înseamnă neapărat succes pe termen lung. De aceea este necesară o echipă cu adevărat completă—pentru a oferi stabilitate și, în final, reintegrare. Chiar dacă pare greu, reintegrarea socială trebuie să fie graduală, arătându-le beneficiile reconstruirii vieților lor.” (MED_PR1)

Profesioniștii din domeniul sănătății au o implicare limitată în starea de bine pe termen lung a victimelor traficului de persoane, întrucât aceștia tratează în principal leziunile fizice sau ginecologice imediate. Deși îngrijirile de urgență, inclusiv spitalizarea pe termen scurt, sunt gratuite, personalul este adesea nesigur în legătură cu statutul asigurării medicale a victimelor. Recuperarea pe termen lung rămâne neclară, întrucât urmărirea cazurilor este rară. Participanții au subliniat necesitatea unui abordări holistice, care să includă sprijin psihologic specializat și reintegrarea socială, pentru a asigura o recuperare de durată.

5.2.5. Percepții și observații asupra încrederii

Lipsa încrederii în rândul victimelor traficului de persoane este un subiect frecvent întâlnit în literatura de specialitate și reprezintă un obstacol semnificativ în interacțiunile cu autoritățile, în acceptarea sprijinului și, în general, în ieșirea din situațiile de exploatare. Această temă a fost reflectată și în cadrul acestui studiu, participanții subliniind impresia generală pe care o au despre victime: *„au fost înșelate și abuzate de prea multe ori; este normal să nu mai aibă încredere în nimeni”* (MED_PR3); *„nu au nici măcar încredere în ele însele”* (MED_PR1). Cu toate acestea, în cadrul acestui studiu, participanții au discutat și despre lipsa de încredere în sistemul medical și despre barierele percepute de victime și potențialele victime atunci când încearcă să acceseze serviciile de sănătate.

Barierele și explicațiile pentru această lipsă de încredere au fost larg acceptate ca fiind rezultatul unui **nivel scăzut de educație** sau al unor **informații distorsionate** referitoare la instituțiile medicale. Aceste probleme au fost atribuite **portretizărilor negative din mass-media despre cazurile** de malpraxis, care sunt adesea generalizate la întreaga profesie medicală, având un impact negativ asupra percepției publice și subminând încrederea în sistemul medical din România (MED_PR2; MED_PR4; MED_PR6). În mod similar, un exemplu recent menționat de un participant a fost pandemia de COVID-19, perioadă în care dezinformarea și „știrile false” au agravat percepția publicului asupra sistemului și practicii medicale, afectându-i încrederea în acesta (MED_PR2). Participantul a sugerat că o soluție ar presupune atât o abordare de jos în sus, cât și una de sus în jos. **Educația** și informațiile corecte ar ajuta publicul să dezvolte o înțelegere mai bună a sănătății publice, în timp ce sistemul medical ar trebui să îmbunătățească atitudinile față de pacienți, indiferent de rolul acestora în cadrul sistemului de sănătate (MED_PR2).

Atitudinile de superioritate din partea profesioniștilor din domeniul sănătății, în special ale celor din generațiile mai vechi, au fost considerate un alt factor care generează bariere, după cum sugerează următorul exemplu:

„Din păcate, șansele voastre să ajungeți la medicii ăștia mai în vârstă, la sufletul lor, ca să se procedeze diferit, sunt mici, e foarte greu. Ei nu se mai pot schimba. Ei au fost învățați, când au terminat ei facultatea, că a fi doctor înseamnă că ești zeu. Și ei așa se comportă. Da, asta e România”. (MED_PR3)

Lipsa de empatie față de pacienți și, în unele cazuri, **posibila discriminare și stigmatizare**—în special în cazul persoanelor aflate în prostituție—reduce cooperarea acestora. De asemenea, problemele de comunicare între profesioniștii din domeniul sănătății îngreunează ascultarea eficientă a pacienților. În sala de urgență, cadrele medicale se confruntă cu numeroase cazuri sub presiune constantă de timp, adesea fără suficient timp sau „răbdare pentru a interacționa calm cu fiecare pacient” (MED_PR6). Totuși, toți participanții la studiu au fost de acord că o limitare importantă o reprezintă presiunea constantă asupra personalului din unitățile de urgență, care se ocupă de un volum mare de cazuri, făcând aproape imposibilă stabilirea unui climat de încredere. Un participant a subliniat importanța menținerii obiectivității și concentrării doar asupra actului medical, pentru a câștiga încrederea pacientului, cu un traseu clar de trimitere pentru a sprijini acest demers (MED_PR5). S-a convenit în mod general că profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să aibă cunoștințele necesare referitoare la suportul disponibil și să își recunoască limitele în abordarea cazurilor de trafic de persoane: *„să nu facă promisiuni pe care nu le pot ține în legătură cu suportul disponibil”* (MED_PR1).

În final, participanții au întâmpinat și probleme legate de atitudinea pacienților față de prioritățile medicale și starea generală de sănătate și bunăstare (MED_PR1; MED_PR2), precum și cazuri dificile de gestionat și de câștigat încrederea din cauza lipsei de înțelegere și a analfabetismului.

„Există și acest aspect când vine vorba de victimele abuzului sexual și traficului de persoane. Sunt multe persoane care au un IQ destul de scăzut și, indiferent cât le explici că încerci să le ajuți – că suni la poliție, că le oferi sprijin – este ca și cum ai vorbi cu pereții.” (MED_PR5)

Principalele concluzii ale interviurilor cu profesioniștii din domeniul sănătății au evidențiat faptul că lipsa de încredere în sistemul medical reprezintă o barieră majoră pentru victimele traficului de persoane care caută suport medical. Această neîncredere provine din mai mulți factori, inclusiv din reprezentările negative din mass-media, dezinformare (amplificată de evenimente precum pandemia de COVID-19), percepția de superioritate a unor membri ai personalului medical și discriminarea posibilă a populațiilor vulnerabile, cum ar fi persoanele implicate în prostituție. În plus, mediile cu presiune mare din unitățile de urgență și lacunele în cunoștințele personalului despre trafic împiedică acordarea unui sprijin eficient. Abordarea acestei situații necesită o educație și o informare mai bună despre sistemul de sănătate și schimbări sistемice în atitudinile profesioniștilor din domeniul sănătății și în modul de comunicare cu pacienții potențiale victime.

5.2.6. Resurse și bariere în cadrul unităților de urgență

Disponibilitatea personalului (asistenți sociali, psihologi). Participanții au subliniat deficitul de asistenți sociali din unitățile de urgență, menționând că, chiar și atunci când sunt disponibili, aceștia lucrează de obicei în program limitat — „luni-vineri, între orele 8:00 și 15:00” (MED_PR3). O preocupare majoră a fost faptul că profesioniștii din domeniul sănătății nu pot gestiona cazurile de vulnerabilitate sau a situațiilor potențiale de trafic dincolo de

responsabilitățile lor medicale. În plus, aglomerarea unităților de urgență și numărul mare de pacienți face dificilă identificarea și oferirea de asistență victimelor potențiale. Psihologii nu sunt disponibili constant în toate spitalele și, de obicei, nu oferă acoperire 24/7 (MED_PR6). O recomandare comună a fost creșterea numerică a personalului, inclusiv asistenți sociali și psihologi, și asigurarea disponibilității acestora non-stop în unitățile de urgență.

„Asistentul social are un rol strict teoretic, așa zis, sau administrativ. Poate veni, să zicem, o dată pe săptămână pentru a discuta cu factorii de decizie ce se poate face din punct de vedere legislativ, ce fonduri pot fi alocate și ce formare sau reeducare profesională este necesară...” (MED_PR1)

„Mai mult sau mai puțin, știu că avem un psiholog în spital, dar nu sunt sigur. Nu l-am văzut niciodată. Lucrez în Departamentul de Urgență de 9 ani și nu am văzut niciodată un psiholog venind la camera de urgență.”(MED_PR4)

„Din punctul meu de vedere, un asistent social ar trebui să fie disponibil 24/7. Deci, dacă am avea asistenți sociali disponibili la orice oră, așa cum se întâmplă, de exemplu, la Târgu Mureș, pentru că știu că au un asistent social permanent, cu o echipă de asistenți sociali care lucrează în ture, la fel ca asistenții, unul pe schimb, managementul ar fi complet diferit. Din punctul meu de vedere, ei sunt elementul cheie. Ok, am identificat pacientul ca victimă, dar de acolo înainte asistentul social se ocupă practic de tot ce ține de alertare, trimiterea mai departe și așa mai departe. Mi se pare că acesta este punctul cheie în identificarea și raportarea cazurilor de trafic de persoane, violență domestică și altele.” (MED_PR2)

Integrarea asistenților sociali calificați și experimentați, care colaborează strâns cu personalul medical, a fost considerată esențială pentru îmbunătățirea identificării victimelor și pentru obținerea unor rezultate mai bune pentru victimele potențiale în cadrul unităților medicale.

Materiale disponibile și necesare. Infrastructura și condițiile de lucru variază semnificativ la nivel național. În timp ce unii participanți lucrează în unități bine dotate, spitalele mai mici se confruntă adesea cu provocări mai mari. O preocupare importantă a fost lipsa de intimitate și confidențialitate în unitățile de urgență, din cauza spațiilor insuficiente, inclusiv absența unor camere dedicate pentru confidențialitate. Participanții au subliniat importanța existenței unor spații destinate în acest scop, cum ar fi o cameră primitoare cu o atmosferă confortabilă (de exemplu, cu flori, fotolii, decorațiuni liniștitoare) pentru discuții private (MED_PR2; MED_PR3). Alții au menționat că, în absența unor astfel de facilități, fac eforturi pentru a identifica zone adecvate în spitale unde pot avea loc conversații și consultații confidențiale (MED_PR6). În final, în ceea ce privește informațiile, unele spitale afișează pliante sau afișe referitoare la abuzuri și trafic de persoane, care includ numere de telefon pentru linii de ajutor. Totuși, rămâne neclar dacă această practică este implementată în mod constant în toate spitalele.

Barierile generale cu care se confruntă profesioniștii din domeniul sănătății în gestionarea cazurilor de trafic de persoane. Barierele în abordarea cazurilor de trafic includ supraîncărcarea personalului medical, provocările legate de confidențialitate, lipsa cunoștințelor despre trafic și căile de referire, absența unui protocol, lipsa interpreților pentru migranți și opțiuni limitate de referire — în special noaptea. Alte obstacole includ lipsa personalului specializat, cum ar fi asistenții sociali, securitatea inadecvată a spitalelor pentru a asigura protecția victimelor și complexitățile legale discutate anterior, care pot afecta profesioniștii din domeniul sănătății și le pot spori reticența de a acționa. În plus, constrângerile

de timp și supraîncărcarea cu cazuri la care sunt supuși profesioniștii din domeniul sănătății reduc oportunitățile pentru comunicare și divulgarea situației de către victime.

„Cred că a durat cam o oră și jumătate – partea care m-am implicat direct... Am profitat și de cererea managerului de a acorda o atenție specială acestui caz, chiar dacă eram șeful de tură pentru acest caz. Dar, vorbind realist, dacă apare o situație medicală mai gravă, nu ai timpul necesar pentru a te ocupa de așa ceva, pentru că nu există scuze pentru asta.” (MED_PR1)

Având în vedere aceste provocări și bariere, participanții au propus soluții și recomandări menite să îmbunătățească abilitatea lor de a identifica victimele și de a le direcționa către serviciile de suport adecvate, prezentate în secțiunea de mai jos.

6. Concluzii

Profilul victimelor traficului de persoane

Deși oricine poate fi o victimă a exploatării sexuale, cercetarea noastră demonstrează că anumite categorii de persoane sunt mai vulnerabile decât altele. Principalele vulnerabilități sunt legate de sexul victimei, sărăcia, șomajul, condițiile de locuit instabile, vârsta fragedă, experiențele anterioare de traume și abuzul de substanțe. Potențialele victime trăiesc adesea multiple vulnerabilități combinate, ceea ce le face mai susceptibile la trafic. Copiii care părăsesc sistemul de protecție al statului sunt, în mod special, expuși acestui risc. Etnia joacă, de asemenea, un rol în dinamica traficului, deși percepțiile variază printre victime și profesioniștii din domeniul sănătății. Supraviețuitoarele au subliniat importanța etniei române în cazurile de trafic extern, în special atunci când persoanele nu au cetățenie, nu sunt rezidente, nu au competențe lingvistice, nu sunt familiarizate cu cultura locală și nu au acces la servicii de bază în țara gazdă. Profesioniștii din domeniul sănătății, pe de altă parte, au considerat victime ale traficului de persoane și abuzului domestic mai ales pe cetățenii români de etnie romă. Aceștia au observat, de asemenea, că migranții ucraineni și cei din Asia de Sud reprezintă un grup emergent de risc pentru trafic, iar aceste cazuri creează provocări pentru personalul medical, din cauza barierelor de comunicare. Având în vedere natura complexă și ascunsă a traficului de persoane, medicii au evidențiat dificultățile în identificarea acestuia, în special din cauza elementelor comune cu cazurile de violență sexuală, agresiunea și violența domestică.

Consecințele exploatării sexuale pentru sănătate

Traficul de persoane în scopul exploatării sexuale are efecte severe și de lungă durată asupra sănătății fizice și mentale. Semnele fizice cele mai raportate includ leziuni, infecții cu transmitere sexuală, probleme de sănătate reproductivă, abuz de substanțe și dureri cronice. Victimele traficului de persoane au menționat infecții bacteriene, fungice sau virale care afectează sănătatea reproductivă. Multe dintre acestea au suferit leziuni pe termen lung, precum coaste rupte, traumatisme craniene și leziuni ale organelor interne. Femeile care au fost abuzate fizic aveau o probabilitate mai mare să solicite ajutor medical. Supraviețuitoarele au povestit despre sarcini, avorturi spontane și avorturi induse ca fiind evenimente frecvente. Avorturile și pierderile de sarcină pot provoca repercusiuni emoționale semnificative, în special atunci când nu există un sistem de sprijin social. Profesioniștii din domeniul sănătății care au tratat victimele traficului suspectate au observat aceleași tipuri de leziuni fizice severe cauzate de bătăi și o prevalență mare a complicațiilor ginecologice. Din punct de vedere psihologic, victimele traficului de persoane suferă adesea manipulare emoțională, izolare socială, amenințări, violență și control coercitiv, inclusiv dependență forțată de traficanți pentru satisfacerea nevoilor fundamentale. Aceste experiențe lasă cicatrici psihologice adânci. Supraviețuitoarele au raportat traume persistente, precum anxietate, depresie, paranoia și tulburare de stres post-traumatic. În unele cazuri, exploatarea de lungă durată a contribuit la dezvoltarea unor afecțiuni mentale severe, cum ar fi depresia clinică, tulburarea bipolară sau psihoza, care au dus la spitalizare. Multe victime au menționat, de asemenea, gânduri recurente de suicid sau chiar tentative de suicid în timpul perioadei de exploatare.

Acțiuni preventive și remedii auto-administrate

Deși victimele prezentau simptome ale unor afecțiuni medicale, multe victime nu au reușit să solicite îngrijiri profesionale de sănătate și au recurs, în schimb, la tratamente la domiciliu. Mai mulți factori au contribuit la această alegere, precum izolarea sau sechestrarea de către traficanți, costurile ridicate ale serviciilor medicale, neîncrederea față de autorități și lipsa cunoștințelor despre cum să navigheze în sistemul de sănătate. În aceste condiții, victimele au folosit medicamente fără prescripție medicală și remedii de casă, ceea ce a dus adesea la infecții netratate și la agravarea stării de sănătate, din cauza lipsei de îngrijire adecvată. Unele victime, conștiente de mediile de risc ridicat la care erau expuse, au adoptat o abordare proactivă în privința sănătății lor, asigurându-și medicamentele necesare, efectuând controale medicale periodice, atunci când era posibil, și luând măsuri preventive. Acestea includeau utilizarea contraceptivelor pentru prevenirea sarcinilor nedorite și autoadministrarea de medicamente antiinflamatorii sau alte tratamente, ca măsuri de precauție.

Bariere în accesul la îngrijire medicală

Victimele traficului de persoane se confruntă cu multiple obstacole în încercarea de a accesa îngrijiri medicale, cum ar fi lipsa asigurării de sănătate, constrângerea financiară și teama de represalii din partea traficanților. Supraviețuitoarele menționează frecvent lipsa asigurării de sănătate și limitările financiare ca bariere majore, în timp ce profesioniștii din domeniul sănătății afirmă adesea că statutul asigurării pacienților nu influențează practica zilnică. Ambele grupuri subliniază că stigmatizarea din partea furnizorilor de servicii medicale descurajează victimele să solicite ajutor medical. La nivel sistemic, victimele identifică deficitul de personal, ineficiențele birocratice, corupția, mita și infrastructura inadecvată ca bariere semnificative în accesul la îngrijire. În mod similar, medicii recunosc impactul lipsei de personal, în special în ceea ce privește limitarea timpului alocat fiecărui pacient și gestionarea unui număr mare de cazuri. Supraaglomerarea din unitățile de primiri urgențe (UPU) face dificilă menținerea confidențialității între medic și pacient. Mai multe supraviețuitoare au relatat că medicii din clinici private păreau mai preocupați de bani decât de îngrijirea pacientului. De asemenea, au menționat cazuri în care mita sau clientelismul le-au permis accesul la serviciile de sănătate publică. O barieră frecvent recunoscută este lipsa educației. Profesioniștii din domeniul sănătății au atribuit unele concepții greșite despre sistemul medical portretizărilor negative din mass-media, în timp ce supraviețuitoarele au subliniat cunoștințele lor limitate legate de modul de navigare a sistemului de sănătate sau de solicitare a îngrijirilor adecvate.

Contexte medicale

Victimele traficului de persoane au căutat ajutor medical în diverse unități medicale, inclusiv clinici de ginecologie, departamente de urgență, spitale specializate, unități psihiatrice și clinici dentare. Cele mai utilizate servicii medicale au fost cele de îngrijire secundară, care necesitau tratament și asistență specializate, accesate în general prin intermediul unităților de primiri urgențe (UPU). În ceea ce privește îngrijirea preventivă, supraviețuitoarele au preferat, de obicei, clinicile și serviciile private, în timp ce spitalele de stat și camerele de urgență au fost opțiunile principale pentru nevoi medicale urgente sau reactive. Este de remarcat că medicii de familie – punctul de plecare pentru îngrijirea primară – nu au fost o resursă semnificativă pentru victime. Serviciile dentare au fost considerate relevante în cazurile de exploatare sexuală, dar acestea nu au fost frecvent accesate.

Confidențialitatea și consimțământul

Se întâmplă frecvent ca victimele traficului de persoane să fie însoțite de alte persoane la vizitele medicale, inclusiv de către traficanți. Atât supraviețuitoarele, cât și cadrele medicale au relatat situații în care făptașii sau membrii familiilor acestora rămâneau prezenți, adoptând comportamente de control sau agresivitate. Victimele au observat că profesioniștii din domeniul sănătății nu verificau întotdeauna identitatea persoanelor care le însoțeau. Pe de altă parte, cadrele medicale au subliniat dificultățile întâmpinate în identificarea celor care foloseau identități false, având în vedere că spitalele se bazează pe actele de identificare, dar nu dispun de mijloacele necesare pentru a le verifica autenticitatea. Supraviețuitoarele au povestit despre situații în care au fost examinate fără a li se respecta intimitatea și nu li s-a permis să vorbească în timpul consultațiilor. În anumite cazuri, traficanții sau membrii familiilor acestora au vorbit în locul victimelor, luând decizii medicale fără consimțământul direct al acestora, sau chiar pretinzând că sunt partenerii victimelor, fără ca acest lucru să fie verificat. De asemenea, unii medici și asistente nu au comunicat direct victimelor diagnosticul sau planul de tratament, ceea ce le-a afectat acestora autonomia. Lipsa de confidențialitate și de independență decizională au făcut ca victimele să se simtă invizibile și neglijate. Profesioniștii din domeniul sănătății au recunoscut și ei dificultăți legate de confidențialitate, dar au pus aceste probleme pe seama factorilor sistemici, cum ar fi supraaglomerarea din camerele de urgență. Toți participanții au fost de acord că lipsa de intimitate în locație face ca pacienții să ezite sau să se simtă rușinați să împărtășească detalii personale.

Auto-identificarea

Victimele au fost rareori dispuse să dezvăluie profesioniștilor din domeniul sănătății situația lor de trafic. Adesea nu au menționat explicit exploatarea sau abuzul suferit. Profesioniștii din domeniul sănătății au confirmat că dezvăluirile directe au fost extrem de rare, iar atunci când aveau loc, acestea erau adesea cauzate de percepția victimei că solicitarea ajutorului medical ar fi o oportunitate de a scăpa. Reticența victimelor de a vorbi era în mare parte determinată de lipsa încrederii în autorități și teama de a fi judecate. Alți factori care au contribuit la păstrarea tăcerii includ restricțiile impuse de traficanți, durerea acută și stresul provocate de starea lor medicală, precum și serviciile de traducere inadecvate. Deși victimele au evitat adesea să-și dezvăluie situația, multe dintre ele au exprimat dorința ca profesioniștii din domeniul sănătății să fi arătat interes și grijă. Totuși, personalul medical a ezitat, în general, să adreseze întrebări despre circumstanțele personale ale pacienților, sau să investigheze mai departe cazurile de risc, chiar și în prezența vânățărilor vizibile, semnelor de stres sau a unei persoane însoțitoare care manifesta comportamente de control. Atât supraviețuitoarele, cât și cadrele medicale, au subliniat importanța unei comunicări eficiente – punerea întrebărilor corecte atunci când se suspectează exploatarea și asigurarea că victimele se simt în siguranță și ascultate. Îmbunătățirea acestor practici ar putea duce la identificarea unui număr mai mare de cazuri de trafic.

Atitudinea personalului medical

Calitatea serviciilor medicale și atitudinea personalului medical joacă un rol crucial în a încuraja sau descuraja victimele să caute asistență medicală. Supraviețuitoarele traficului de persoane au menționat frecvent că au fost tratate cu indiferență, judecată și lipsă de empatie de către personalul medical. Experiențele lor pun în evidență eșecuri sistemice în recunoașterea și abordarea nevoilor specifice ale victimelor traficului, iar apatia și stigmatizarea sunt provocări frecvente. Totuși, supraviețuitoarele au subliniat că până și cele mai mici acte de empatie din partea cadrelor medicale pot face o diferență semnificativă în ceea ce privește dorința lor de a căuta ajutor și siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății au recunoscut că presiunea timpului le afectează capacitatea de a evalua și răspunde corespunzător situațiilor de risc. Aceștia au menționat și o cultură a superiorității între unii colegi, mai ales cei din generațiile mai vechi, precum și lipsa de empatie și discriminarea ocazională, toate aceste aspecte contribuind la o îngrijire medicală de calitate mai scăzută. Atitudinile stigmatizante pot avea efecte grave, exacerband stresul mental al victimelor și descurajându-le și mai mult să solicite ajutor. Crearea unui mediu medical empatic și lipsit de judecată este esențială pentru depășirea acestor bariere și îmbunătățirea accesului la asistență pentru supraviețuitoare.

Cooperarea instituțională

Atât supraviețuitoarele, cât și profesioniștii din domeniul sănătății au subliniat importanța colaborării între instituții precum organele de urmărire și cercetare penală, furnizorii de servicii medicale și serviciile sociale. Cu toate acestea, viziunea lor asupra raportării cazurilor de exploatare sexuală și de violență în relațiile intime a fost diferită. Victimele au fost, în general, reticente să consimtă la sesizarea acestor cazuri către poliție, temându-se de posibile repercusiuni. În schimb, profesioniștii din domeniul sănătății au avut tendința de a contacta instituțiile de aplicare a legii, indiferent de acordul victimei, datorită obligației legale de a raporta cazurile suspecte de abuz sexual sau violență. Cadrele medicale au povestit despre colaborarea cu asistenții sociali din spitale pentru evaluarea nevoilor victimelor și referirea către servicii de asistență atunci când era necesar. Totuși, au observat că victimele refuzau adesea ajutorul, chiar și în cazurile cu semne clare de exploatare. Supraviețuitoarele, pe de altă parte, au subliniat absența unor servicii esențiale în spitale, cum ar fi suportul psihologic și asistența socială, ca fiind o barieră majoră în accesarea ajutorului necesar.

Riscuri asociate traficului

Atât supraviețuitoarele, cât și cadrele medicale au recunoscut riscurile implicate în acordarea de ajutor victimelor traficului, precum și limitările sistemului medical în asigurarea protecției acestora. Una dintre principalele îngrijorări a fost siguranța fizică a personalului medical. Cadrele medicale au subliniat lipsa măsurilor adecvate de securitate în spitale, ceea ce le face vulnerabile în situații potențial periculoase. Supraviețuitoarele, pe de altă parte, au subliniat puterea și influența traficantilor, menționând că aceștia aveau capacitatea de a face rău – chiar și personalului medical – dacă considerau că intervențiile personalului medical constituiau o amenințare.

Formarea și dezvoltarea capacității

Atât supraviețuitoarele, cât și profesioniștii din domeniul sănătății au identificat eșecuri sistemice în intervenția personalului medical în cazurile de trafic de persoane, inclusiv lipsa de conștientizare a personalului medical, instruirea insuficientă și capacitatea slabă de recunoaștere a indicatorilor de trafic. Ambele grupuri au considerat că rolul cadrelor medicale în prevenirea, identificarea și intervenția în cazurile de trafic depășește obligațiile lor medicale. Supraviețuitoarele au cerut o abordare mai proactivă, subliniind importanța monitorizării indicatorilor de abuz și implementarea unor protocoale clare pentru raportarea suspiciunilor. În timp ce profesioniștii din domeniul sănătății au recunoscut necesitatea unor astfel de măsuri, mulți au admis că nu au primit o instruire formală și nu se simțeau încrezători în capacitatea lor de a identifica sau de a interveni eficient în cazurile de trafic. Cadrele medicale adesea au ignorat indicatorii de trafic, mai ales în cazul pacienților cu afecțiuni mintale sau dependență de substanțe. În cazurile în care au fost observate semne de abuz, acestea au fost atribuite exclusiv problemelor de sănătate mintală și nu s-au luat măsuri suplimentare. Aceste observații subliniază necesitatea urgentă de a avea un proces clar și structurat de referire pentru a asigura că victimele pot beneficia de sprijinul necesar. Recuperarea psihologică pe termen lung, inclusiv existența serviciilor de consiliere și a programelor de reintegrare, au fost subliniate ca fiind esențiale pentru recuperarea și bunăstarea pe termen lung a supraviețuitorilor.

7. Recomandări de politici publice

În secțiunea finală a acestui raport, oferim recomandări care pot servi drept bază pentru un protocol național care să sprijine detectarea și notificarea potențialelor cazuri de trafic de persoane în instituțiile de sănătate.

Participanții au subliniat necesitatea unor **protocoale** clare care să ghideze profesioniștii din domeniul sănătății în gestionarea cazurilor de trafic. Principalul obiectiv trebuie să rămână actul medical, asigurându-se că pacienții primesc îngrijirea adecvată, fără a le pune viața în pericol. Pe lângă abordarea problemelor de sănătate imediate și un comportament profesional, este necesară stabilirea unei comunicări adecvate pentru a construi un raport de încredere. Aceștia au subliniat că protocoalele ar trebui să fie simple, descriind clar procedurile de identificare și acțiunile necesare. O abordare standardizată și ghiduri structurate ar ajuta la asigurarea consistenței în gestionarea cazurilor. Un participant a menționat că există protocoale pentru referire în alte domenii (de exemplu, consumul de droguri, tentativele de suicid), iar profesioniștii din domeniul sănătății sunt obligați să completeze formulare și să trimită aceste cazuri către alte departamente (MED_PR2), sugerând astfel o abordare similară pentru traficul de persoane. Deși toți profesioniștii din domeniul sănătății au recunoscut că principalul lor obiectiv este rolul medical, un participant a subliniat că menținerea profesionalismului este esențială pentru o comunicare eficientă și pentru construirea încrederii.

„Cred că aici trebuie făcute niște protocoale. Încerci să izolezi situația. Aici eu nu mă ocup de altceva. Nu e vorba că tratez cu indiferență persoana din fața mea, dar pe mine nu mă interesează că vii aici bătută... Pe mine mă interesează latura medicală. Să îți faci strict latura ta. Adică, așa cum am spus, un protocol foarte simplu. Identificarea ca atare, după care într-adevăr să fie extrem de facil. Și atunci axarea pe latura profesională cred că e cea mai importantă în stabilirea comunicării inițiale. Dacă te vede preocupat de orice altceva, inclusiv de starea ei, nu o să îi câștigi încrederea.” (MED_PR1)

Printre recomandările esențiale în vederea unui protocol național, participanții au subliniat următoarele aspecte: stabilirea unui set de proceduri clar, concis și ușor de urmat; crearea unei linii telefonice directe; asigurarea că punctele de referire sunt gestionate de profesioniști bine pregătiți; consolidarea colaborărilor interinstituționale; și dezvoltarea unor materiale accesibile pentru creșterea gradului de conștientizare a traficului de persoane în mediul medical.

Protocolul și formularele suplimentare. Participanții au subliniat necesitatea unui formular de raportare simplu și direct, cu un număr minim de întrebări. Aceștia au evidențiat riscurile asociate formularelor lungi și complexe, menționând că astfel de documente pot descuraja implicarea și pot cauza daune suplimentare, după cum sugerează următoarele exemple:

„Să fie o chestie cât mai simplă, cât mai logică. Ai bifat trei căsuțe. Ok, la revedere, ai dat cazul mai departe, nu mai e treaba ta. La modul ăsta îl văd eu. Adică nu îl văd o listă cu 20 de indicatori sau câți sunt în total. Adică nu o să stea nimeni să-ți completeze șapte mii de căsuțe și 20 de liniuțe și 30 de puncte, pentru că nu ai timpul necesar și i-ai încărca pe oamenii ăia și de acolo o să își bage toți picioarele și n-o să facă absolut nimic.” (MED_PR3)

„Nu-ți trebuie decât o pagină A4, să știi niște puncte după care să te orientezi. [...] să fie niște pași în care să identificăm victima cu niște întrebări ajutătoare. Și de acolo efectiv să fie ca un algoritm. Dacă suspectăm major că a fost victimă, să anunțăm toate cadrele competente.”
(MED_PR4)

Prin urmare, un protocol național pentru sistemul de sănătate din România care abordează traficul de persoane ar trebui să ofere măsuri clare și standardizate pentru cadrele medicale care ar putea întâlni victime în practica lor. Protocolul ar trebui să includă următoarele componente cheie:

7.1. Proceduri de identificare și screening

Integrarea instrumentelor de screening în evaluările de rutină ar oferi cadrelor medicale posibilitatea de a detecta mai ușor potențialele victime. Această abordare proactivă este crucială, solicitând cadrelor medicale și altor lucrători de prima linie să rămână atenți la semnele de abuz.

Un instrument de screening scurt, clar și structurat. Un astfel de instrument ar trebui să conțină indicatorii cheie ai traficului de persoane, incluzând atât simptome fizice, cât și psihologice⁶⁹, care pot indica exploatarea. Modul optim de utilizare a acestui instrument ar fi integrarea sa în evaluările de rutină ale pacienților într-un mod neintruziv. Prin integrarea acestor indicatori în cadrul evaluărilor medicale de rutină — cum ar fi admiterea la camera de urgență, servicii de asistență maternală sau consultațiile de sănătate mintală — cadrele medicale pot crește probabilitatea de a detecta victimele fără a le face să se simtă vizate sau expuse.

Comunicarea informată cu privire la traumă. Pe lângă oferirea de îndrumări privind recunoașterea acestor semne, protocolul ar trebui să includă tehnici de comunicare⁷⁰ care să țină seama de traumă, asigurându-se că victimele se simt în siguranță și sprijinite și nu interogate. Cadrele medicale ar trebui să fie instruite să creeze un mediu lipsit de presiune, utilizând întrebări deschise și evitând abordările agresive sau excesiv de directe care ar putea provoca suferință sau descuraja dezvăluirea situației.

Asistența informată cu privire la traumă. Majoritatea persoanelor intervievate au subliniat rolul esențial al empatiei în cadrul asistenței medicale. „Cu toate acestea, un protocol centrat pe victimă trebuie să depășească simpla empatie și să integreze în mod specific principiile asistenței informate cu privire la traumă. Acest lucru asigură că practicile medicale recunosc și abordează impactul traumei asupra victimelor. Printre componentele esențiale se numără crearea unui mediu sigur și lipsit de judecăți, respectarea autonomiei pacientului și oferirea posibilității de a lua decizii informate, minimizând în același timp riscul de retraumatizare.” (Jane Lasonder, lider supraviețuitor).

⁶⁹ O listă detaliată a indicatorilor de trafic, atât generali, cât și specifici și în context medical, poate fi găsită în: Asociația eLiberare, ANITP, DSU, ASSMB, [Ghid practic de identificare și sesizare a cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical](#), ianuarie 2024, pp. 9-19. (accesat în ianuarie 2025).

⁷⁰ *Ibidem*, p. 20. A se vedea recomandările privind comunicarea sensibilă la traumă pentru profesioniștii din domeniul sănătății care ar putea întâlni potențiale victime de trafic în practica lor.

7.2. Asigurarea confidențialității și a consultațiilor private

Ca un aspect principal, protocolul național ar trebui să includă cerința ca personalul medical să efectueze întotdeauna consultații medicale cu pacientul singur, asigurându-se că orice persoană însoțitoare este îndepărtată respectuos din încăperea. Victimele traficului de persoane sunt adesea monitorizate îndeaproape de traficanții lor, care pot insista să vorbească în numele lor sau pot refuza să iasă din camera de consultație. Acest comportament ar trebui considerat un puternic indicator al controlului. Cu excepția cazului în care pacientul are o deficiență cognitivă diagnosticată care îl împiedică să comunice în mod independent, nicio terță parte nu ar trebui să fie autorizată să intervină în evaluarea medicală.

Spații private pentru consultare. Unitățile sanitare trebuie să pună la dispoziție camere private, sigure, în care cadrele medicale pot purta conversații confidențiale cu potențialele victime. Aceste spații trebuie să permită discuții neîntrerupte, asigurându-se că pacienții se simt în siguranță atunci când dezvăluie informații sensibile.

Soluții alternative în situații de urgență. În cazul în care o persoană însoțitoare insistă să fie prezentă sau să răspundă la întrebări în numele pacientului, cadrele medicale ar trebui să găsească o modalitate de a-i separa — cum ar fi solicitarea unei examinări de rutină într-o altă cameră (de exemplu, pentru o radiografie sau o altă procedură medicală care necesită intimitate). Asigurarea unor consultații private permite victimelor să vorbească liber, iar cadrelor medicale să evalueze situația în mod discret, fără a ridica suspiciuni.

„Politicele interne de bune practici ar trebui să impună ca toți pacienții suspecți a fi victime ale traficului de persoane să fie intervievați singuri, fără prezența vreunui însoțitor, inclusiv a membrilor familiei sau a celor care se prezintă ca îngrijitori⁷¹.” (Jane Lasonder, lider supraviețuitor)

Această recomandare este deosebit de importantă în camerele de urgență, unde fluxul de pacienți este extrem de mare - adesea între 150 și 200 de pacienți timp de 24 de ore - în timp ce numărul personalului medical variază de la doar șase la maximum doisprezece (MED_PR2 și MED_PR5). Din cauza spațiului limitat, medicii pot fi nevoiți să trateze pacienții pe coridoarele spitalului, dar în cazurile în care o asistentă sau un medic observă indicatori de trafic, este esențial să ia pacientul deoparte pentru o consultație privată. În caz contrar, din cauza fricii sau a rușinii, este posibil ca victima să nu vorbească niciodată despre situația sa.

Menținerea confidențialității și a încrederii pacienților. În context medical, protejarea confidențialității pacienților este extrem de importantă, în special atunci când este vorba de persoane suspectate a fi potențiale victime ale traficului. Personalul medical trebuie să fie instruit să gestioneze echilibrul delicat între respectarea confidențialității pacientului în limitele legale și etice și îndeplinirea obligației de a raporta suspiciunile de trafic⁷². Victimele traficului

⁷¹ Termenul *caregiver* din engleză ar putea fi tradus ca *însoțitor* sau *asistent personal*.

⁷² În special în contextul Articolului 266 alin. 1[^]1 din Codul Penal: „Fapta persoanei care, luând cunoștință de comiterea unei fapte prevăzute de legea penală, de trafic și exploatare a persoanelor vulnerabile ori contra libertății și integrității sexuale, săvârșite față de un minor, nu înștiințează de îndată autoritățile se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani.” (n.a.)

de persoane se pot teme de represalii sau de alte vătămări dacă simt că situația lor este expusă sau tratată incorect. Prin urmare, cadrele medicale trebuie să fie sensibile la aceste preocupări și să ia măsurile adecvate pentru a proteja confidențialitatea pacienților în timpul procesului de raportare.

Recomandări privind raportarea obligatorie versus auto-identificare. Este esențială instruirea personalului medical cu privire la situațiile în care raportarea este obligatorie din punct de vedere legal și situațiile în care o victimă poate alege să își dezvăluie situația în mod voluntar (auto-identificarea), dar refuză cooperarea cu poliția.

7.3. Proceduri de raportare și referire

O altă componentă esențială a unui protocol național în domeniul medical este faza de raportare, în conformitate cu cerințele MNIR. Mulți profesioniști din domeniul sănătății nu cunosc mecanismele adecvate de raportare, ceea ce evidențiază necesitatea unor instrucțiuni mai eficiente. Pentru a soluționa această problemă, ar trebui să se organizeze instruirii pentru cadrele medicale, care să cuprindă informarea cu privire la trafic, detectarea victimelor, protocoale de intervenție și instrucțiuni etapizate privind utilizarea instrumentelor disponibile.

Linie telefonică de urgență. Participanții au subliniat necesitatea unei linii telefonice de urgență sau a unui protocol structurat în cadrul sistemului de dispecerat de urgență pentru a facilita raportarea cazurilor de trafic de persoane. Aceștia au subliniat că simpla apelare a numărului 112 este insuficientă, deoarece nu asigură legătura directă cu autoritățile competente. În schimb, dispecerii ar trebui să fie instruiți să recunoască și să redirecționeze corect apelurile legate de suspiciuni de trafic către entități specializate, cum ar fi BCCO sau DIICOT, mai degrabă decât către autoritățile de aplicare a legii în general. Având în vedere sistemul regional de dispecerat existent, bazat pe GPS, participanții au sugerat integrarea sesizărilor privind traficul în acest cadru pentru a facilita comunicarea și a îmbunătăți eficiența interacțiunii.

„O listă a numerelor de telefon relevante sau o linie telefonică de urgență ar fi o opțiune utilă. În momentul în care suspectezi ceva, să suni dispeceratul. [...] Odată ce ai făcut notificarea, ei știu ce să facă în continuare.” (MED_PR2)

Proceduri clare de referire și acces la servicii de asistență. Recomandăm, de asemenea, ca fiecare unitate medicală să stabilească o procedură clară de referire internă, cu puncte de contact desemnate și un set de măsuri adaptate unității medicale respective. Astfel, se asigură că, odată ce un cadru medical identifică o potențială victimă de trafic, există un proces clar și standardizat pentru a-l pune în legătură cu serviciile de sprijin specializate corespunzătoare, atât în interiorul, cât și în afara unității medicale. În plus, procedura de referire ar trebui susținută de întâlniri periodice cu echipa medicală a spitalului și de evaluări ale cazurilor, în vederea eficientizării intervențiilor viitoare.

Proceduri adaptate pentru diferite departamente medicale. Pentru a asigura rezultate mai eficiente, procedurile de raportare și referire ar trebui ajustate în funcție de specificul fiecărui tip de unitate medicală și de departamentele medicale. Acestea includ cabinetele medicilor de familie, spitalele de pediatrie, serviciile de medicină școlară, secțiile de ginecologie, camerele de gardă și altele. De exemplu, un medic dintr-o unitate de urgență are semnificativ mai puțin timp pentru fiecare pacient în comparație cu un medic de familie sau un ginecolog, aspect

confirmat și de medicii intervievați. În acest context, procedurile trebuie adaptate pentru a reflecta cerințele și constrângerile specifice fiecărui tip de unitate medicală.

7.4. Cadru de colaborare interinstituțională

Un protocol național pentru detectarea și referirea potențialelor victime de trafic în context medical trebuie să se bazeze pe un cadru solid de colaborare între instituții și organizații.

Parteneriate și protocoale oficiale. Ar trebui stabilite acorduri de colaborare între unitățile medicale, organele de urmărire și cercetare penală și organizațiile antitrafic. Acestea includ protocoale sigure de partajare a informațiilor care respectă confidențialitatea pacienților, permițând în același timp intervenția rapidă atunci când este necesar. De asemenea, ar trebui să definească rolurile, responsabilitățile și procedurile de referire și să fie actualizate periodic pe baza tendințelor emergente în materie de trafic de persoane și a lecțiilor învățate în urma evaluării cazurilor.

Echipe multidisciplinare de intervenție. Spitalele ar trebui să aibă acces direct la echipe de intervenție specializate, formate din personal medical calificat, organe de urmărire și cercetare penală, asistenți sociali și reprezentanți ai ONG-urilor, care pot coordona asistența acordată victimelor din momentul identificării unui caz.

Programe comune de formare și sensibilizare. Cadrele medicale ar trebui să beneficieze de formare periodică, alături de organele de urmărire și cercetare penală, asistenții sociali și personalul ONG-urilor, pentru a asigura o înțelegere comună a indicatorilor traficului de persoane, a intervențiilor centrate pe victimă și a responsabilităților legale. Formarea multidisciplinară încurajează încrederea și garantează că toți actorii implicați sunt pregătiți să gestioneze cazurile în mod eficient.

Monitorizare și asistența pe termen lung. Intervenția multisectorială ar trebui să se concentreze, de asemenea, pe asistența pe termen lung, inclusiv asistență medicală, sprijin psihologic, asistență juridică și servicii de reintegrare. Analizele periodice ale cazurilor și ciclurile de feedback și evaluare intersectoriale pot contribui la perfecționarea mecanismelor de intervenție și la îmbunătățirea rezultatelor.

7.5. Formare și consolidarea capacităților pentru profesioniștii din domeniul sănătății

Participanții au fost în unanimitate de acord că educația și conștientizarea traficului de persoane sunt esențiale în prevenirea și intervenția în cazuri de trafic. Aceștia au subliniat că, atunci când cadrele medicale și alți profesioniști, cum ar fi poliția și asistenții sociali, sunt bine informați, pot colabora mai eficient, pot identifica semnele traficului de persoane și pot trimite cazurile la entitățile corespunzătoare. Conștientizarea a fost considerată ca fiind cel mai bine realizată prin formare - fie integrată în programele școlare și universitare pentru viitoarele cadre medicale, fie asigurată prin dezvoltare profesională continuă pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Următoarele exemple ilustrează perspectivele comune împărtășite de participanți:

„Da, educația înseamnă putere. Cunoașterea înseamnă putere, informația înseamnă putere. [...] Din punctul meu de vedere, dacă eu nu aveam legătura respectivă, eram zero... Este clar că trebuie să se plece de pe băncile școlii. Dar strict legat de spitale. De exemplu, [...] la [sesiunile de formare referitoare la] malpraxis, se recomandă ca din fiecare secție să participe cineva. Dacă tu reușești să chemi o persoană care să-ți capteze atenția, a doua oară va fi sala plină.” (MED_PR1)

„De asta ziceam de educație. Aici e problema. Problema e de traininguri, să știe lumea despre ce e vorba. Să știe că există cazuri, pentru că asta e realitatea. Dacă nu te-ai confruntat cu ele sau dacă nu s-a făcut awareness-uri de genul ăsta până în momentul de față, e greu să știi că există cazuri și că s-a lovit cineva de ele.” (MED_PR2)

Participanții au sugerat diverse contexte pentru formare, inclusiv seminarii universitare, prezentări și congresul anual de medicină de urgență. Deși nu tot personalul poate beneficia de formare directă, persoanele cheie ar putea fi formate pentru a-și împărtăși ulterior cunoștințele cu colegii (MED_PR3). Unii participanți au subliniat nevoia de mai multă formare în spitalele pentru copii, subliniind vulnerabilitatea crescută a copiilor la manipulare și ademenire sexuală (grooming). În plus, MED_PR6 și MED_PR3 au discutat despre provocările pe care le-au întâmpinat în colaborarea cu poliția și asistenții sociali în ceea ce privește intervențiile legate de trafic, sugerând necesitatea ca aceste grupuri profesionale să primească o formare mai cuprinzătoare în domeniul traficului de persoane.

„... din păcate, am avut experiență și cu poliția și cu asistența socială, care nu cunoștea sau nu a vrut să cunoască acest protocol [de intervenție în cazuri de trafic de persoane]. Și atunci a trebuit să le readucem aminte și s-a rezolvat cazul foarte repede.” (MED_PR6)

Expertul antitrafic, Jane Lasonder, evidențiază, de asemenea, importanța unei comunicări sensibile la traumă și centrate pe victimă în interacțiunile cu potențialele victime, subliniind necesitatea ca poliția și primii respondenți să fie instruiți temeinic în comunicarea eficientă cu victimele, în special în timpul contactului inițial.

Respondenții care au participat la sesiuni de formare sau de sensibilizare cu privire la traficul de persoane au remarcat că informațiile au fost greu de uitat și i-au făcut să se simtă mai bine pregătiți pentru a gestiona cazuri potențiale. În plus, o participantă a realizat două prezentări pentru colegi, pornind de la cazuri reale pe care le-a întâlnit (MED_PR3). Aceste sesiuni au fost întâmpinate cu interes și implicare semnificative din partea colegilor săi.

Pe baza răspunsurilor participanților recomandăm ca un program național de formare pentru cadrele medicale să includă următoarele elemente esențiale:

Integrarea formării în educația medicală și dezvoltarea profesională. Se recomandă introducerea unui modul dedicat identificării și gestionării cazurilor de trafic de persoane în cadrul facultăților de medicină și programelor de rezidențiat. Subliniem necesitatea alinierii acestui modul la legislația națională, inclusiv prin amendarea Legii nr. 46/2003, pentru a formaliza integrarea sa în curricula medicală. O altă recomandare vizează implementarea programelor de formare prin intermediul Institutului Național de Management al Serviciilor de Sănătate și al Centrelor de Formare pentru Asistenții Medicali de Urgență, asigurând astfel instruirea specifică a profesioniștilor din prima linie a sistemului medical. De asemenea,

atragem atenția asupra necesității ca specialiștii în medicină legală să beneficieze de formare prin cursuri postuniversitare destinate studenților la medicină și farmacie, precum și prin intermediul Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), pentru asistenții medicali din instituțiile medico-legale.

În toate situațiile, subliniem necesitatea unui program de formare bine structurat și obligatoriu pentru profesioniștii din domeniul sănătății, care să fie fundamentat pe următoarele principii:

- a) recunoașterea indicatorilor traficului de persoane,
- b) înțelegerea principiilor asistenței medicale informate cu privire la traumă și
- c) cunoașterea obligațiilor legale și a procedurilor de referire.

Educația continuă și implementarea bunelor practici. Sesiunile de formare punctuale sunt insuficiente; educația continuă este esențială. Se recomandă actualizarea periodică a cursurilor, care să asigure informarea cu privire la tendințele emergente în traficul de persoane, cele mai recente bune practici și resursele disponibile. Recomandăm, de asemenea, ca programele de formare să fie direct corelate cu un protocol național, asigurând astfel aplicarea consecventă a cunoștințelor în practica medicală.

Exerciții practice și tehnici specializate de intervievare. Pentru a asigura aplicabilitatea practică a formării, programele de formare ar trebui să includă exerciții de joc de rol, studii de caz și module specializate privind tehnicile de intervievare sensibilă la nevoile victimei. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie capabili să comunice eficient cu victimele traficului de persoane, sclaviei, abuzului domestic și violenței sexuale, evitând totodată orice retraumatizare. În plus, toți profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să aibă o cunoaștere aprofundată a mecanismelor de referire și a procedurilor de raportare, pentru a facilita intervenții rapide și eficiente.

Postere și materiale vizuale. Participanții au subliniat eficiența și utilitatea materialelor vizuale, precum posterele, în ghidarea profesioniștilor din domeniul sănătății în gestionarea cazurilor de trafic de persoane. S-a propus afișarea unui algoritm simplu, în pași succesivi, în camerele de gardă și zonele de consultație, astfel încât acesta să servească drept reper accesibil și să consolideze în timp conștientizarea fenomenului (MED_PR4, MED_PR6). De asemenea, a fost evidențiată utilitatea videoclipurilor de scurtă durată – inclusiv animații – concepute special pentru personalul medical. Conform respondenților, aceste materiale ar trebui, de asemenea, să se concentreze exclusiv pe pașii pe care profesioniștii trebuie să îi urmeze, asigurând un proces clar și eficient de referire, adaptat nevoilor victimei (MED_PR6).

Prevenirea erorilor în identificare. Cadrele medicale trebuie să fie instruite să diferențieze victimele traficului de persoane de victimele altor infracțiuni, precum violul, abuzul sexual sau violența domestică, având în vedere suprapunerile posibile între aceste categorii. Protocolul de intervenție trebuie să includă indicatori clari pentru a preveni erorile de identificare și pentru a asigura accesul victimelor la asistență adecvată.

Spriin pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Având în vedere impactul emoțional semnificativ al lucrului cu victimele traficului de persoane, este esențial ca profesioniștii din domeniul sănătății să aibă acces la mecanisme de suport care să îi ajute în gestionarea traumei vicariante și în menținerea stării lor de bine.

7.6. Abordarea nevoilor migranților în context medical

Participanții au observat o creștere semnificativă a numărului de pacienți proveniți din state terțe, în special în departamentele de urgență. În acest context, un protocol național ar trebui să includă o secțiune dedicată identificării și referirii potențialelor victime din alte țări, cu un accent deosebit pe traficul de persoane în scopul exploatării prin muncă.

Asigurarea siguranței și încrederii. Migranții susceptibili de a fi victime ale traficului de persoane trebuie asigurați că accesarea serviciilor medicale nu va influența statutul lor de rezidență în România, inclusiv în cazurile de ședere ilegală⁷³. Teama de consecințe juridice împiedică adesea victimele să își dezvăluie situația, motiv pentru care profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să acorde prioritate siguranței acestora și să construiască o relație bazată pe încredere.

Depășirea barierelor lingvistice. Unitățile sanitare trebuie să asigure disponibilitatea interpreților profesioniști și să optimizeze utilizarea aplicațiilor de traducere pentru a facilita o comunicare clară și confidențială. Profesioniștii din domeniul sănătății nu ar trebui să se bazeze niciodată pe însoțitorul pacientului pentru traducere, având în vedere că acesta ar putea fi agresorul.

„Trebuie utilizate servicii de traducere profesionale și independente. Sub nicio formă, persoana însoțitoare nu trebuie să acționeze ca traducător. Dacă nu este disponibil un traducător profesionist, se poate recurge la o aplicație de traducere de încredere, însă niciodată la persoana care însoțește potențiala victimă. Chiar și în cazul în care pacientul și cadrul medical vorbesc aceeași limbă (de exemplu, limba română), trebuie să existe un protocol care să asigure o consultație privată, fără prezența vreunei terțe părți.” (Jane Lasonder, Lider Supraviețuitor)

Formare în sensibilitate culturală. Victimele de cetățenie străină provin din diverse culturi, ceea ce poate influența modul în care comunică, percepția lor asupra asistenței medicale și disponibilitatea de a solicita ajutor. Sesiunile de formare ar trebui să conțină un modul referitor la nuanțele culturale, inclusiv credințele referitoare la asistența medicală, rolurile de gen și stigmatizarea socială. Conștientizarea acestor aspecte va permite identificarea victimelor care nu își dezvăluie deschis situația și acordarea de asistență eficientă și respectuoasă.

⁷³ În România, în prezent, atunci când victimele traficului de persoane sunt identificate și se constată că locuiesc ilegal, acestea pot primi un drept temporar de ședere sau statut de tolerat din partea procurorului, a instanței sau a Inspectoratului General pentru Imigrări (IGI) (n.a).

7.7. Asigurarea răspunderii și a optimizării continue

Un element final transversal al unui protocol național pentru detectarea victimelor traficului de persoane în unitățile sanitare ar trebui să fie stabilirea unor **mecanisme pentru colectarea datelor, evaluare și adaptare**.

Colectarea standardizată a datelor. Ar trebui implementat un sistem unificat de colectare a datelor pentru a urmări cazurile potențiale de trafic, asigurând în același timp confidențialitatea pacienților. Aceste date pot oferi informații valoroase despre tendințele traficului de persoane, vulnerabilitățile regionale și eficiența strategiilor de intervenție. Datele agregate și anonimizate ar trebui utilizate pentru a fundamenta deciziile politice, a îmbunătăți programele de formare și a spori serviciile de asistență pentru victime.

Evaluare și adaptare periodică. Protocolul ar trebui să includă **evaluări periodice** pentru a măsura eficiența acestuia, a identifica provocările și a rafina procedurile. Acestea pot implica analiza cazurilor raportate, colectarea feedback-ului de la cadrele medicale și realizarea de evaluări interinstituționale pentru a asigura o colaborare coordonată între spitale, poliție, servicii sociale și organizații neguvernamentale.

Consultarea experților în crearea protocolului. Un participant a sugerat că, pe lângă recomandările oferite prin acest studiu, ar fi necesare consultări suplimentare cu experți în domeniu pentru a reduce riscurile de eșec.

„Trebuie discutat cu mai multă lume, pentru că asta mi se pare cel mai important. Adică, luați legătura cu, nu știu, cinci oameni din Urgență sau cinci oameni din București, Cluj, Timișoara etc., județele mari, județele care au un impact, și de acolo văzut. Plus profii universitari [...] și așa mai departe, oamenii care au făcut sistemul de urgență în România. Adică de aici trebuie pornit. Trebuie văzut un pic care sunt punctele de vedere ale capetelor luminate.” (MED_PR3)

7.8. Îmbunătățirea accesului la servicii medicale pentru victimele traficului de persoane

Pentru a asigura acces uniform la îngrijiri medicale pentru victimele traficului de persoane la nivel național, CNAS ar trebui să implementeze un cadru standardizat de intervenție în toate județele. Pachetul de servicii medicale pentru victimele traficului de persoane ar trebui să includă explicit îngrijiri ginecologice și tratamente pentru infecțiile cu transmitere sexuală, asigurând astfel un suport medical cuprinzător și specializat.

Prin încorporarea acestor recomandări în protocolul național, considerăm că România poate asigura o abordare mai eficientă, mai receptivă și mai centrată pe victimă în ceea ce privește gestionarea potențialelor cazuri de trafic de persoane în context medical.

Bibliografie

1. ANITP, *Mecanism național din 31 ianuarie 2023 de identificare și referire a victimelor traficului de persoane*,
<https://anitp.mai.gov.ro/ro/docs/legislatie/MECANISM%20NAȚIONAL%20din%2031%20ianuarie%202023.pdf>.
2. ANITP, *Rapoarte (2019-2023)*, <https://anitp.mai.gov.ro/subiectele/cercetare/rapoarte-anuale/>.
3. ANITP, *Strategia Națională Împotriva Traficului de Persoane pentru perioada 2024–2028*, mai 2024,
<https://anitp.mai.gov.ro/ro/docs/Despre%20Noi/Anexe/Strategia%20Nationala%20Impotriva%20Traficului%20de%20Persoane%202024-2028%20RO.pdf>.
4. Asociația eLiberare, ANITP, DSU, ASSMB, *Ghid practic de identificare și sesizare a cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical*, ianuarie 2024,
https://eliberare.com/personalmedical/wp-content/uploads/2024/04/04-30_MNIR_personal-medical_2024_eLiberare.pdf.
5. Asociația eLiberare, *Curriculum pentru detectarea și notificarea cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical*, https://www.eliberare.com/wp-content/uploads/2024/04/Curriculum_Personal-Medical.pdf.
6. Asociația eLiberare, *Curriculum pentru detectarea și notificarea cazurilor de trafic de persoane pentru personalul medical*, https://eliberare.com/personalmedical/wp-content/uploads/2024/03/Curriculum_Medici_final_compressed-3.pdf.
7. Asociația eLiberare, *Detectarea și notificarea cazurilor de trafic de persoane. Resurse pentru personalul medical*, <https://eliberare.com/personalmedical/>.
8. Asociația eLiberare, *Este pacientul tău o victimă a traficului de persoane?*,
https://eliberare.com/personalmedical/wp-content/uploads/2024/04/04-30_poster-MNIR-A35mm-bleed.pdf.
9. Asociația eLiberare, *Indicatori specifici ai traficului de persoane în context medical*,
https://eliberare.com/personalmedical/wp-content/uploads/2024/03/Indicatori-specifici-ai-tdp-in-contextul-medical_updated-2.pdf.
10. Asociația eLiberare, *Perspectivile supraviețuitorilor traficului de ființe umane asupra actorilor comunitari*, 2022, <https://www.eliberare.com/analize-si-studii/>.
11. Asociația eLiberare, *Proiectul Modern Slavery Fund România*, notă de concept nepublicată pentru proiectul *Abordarea traficului de ființe umane în sistemul de sănătate din România*, finanțat de Ambasada Marii Britanii în România.
12. Banca Mondială, *Romania systematic country diagnostic: Migration*, 2018,
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/210481530907970911/pdf/128064-SCD-PUBLIC-P160439-RomaniaSCDBackgroundNoteMigration.pdf>.
13. Codul Penal al României, în vigoare din 2021.
14. Comisia Europeană, *Comunicare a Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor referitoare la Strategia UE privind*

combaterea traficului de persoane 2021-2025, Bruxelles, 14.4.2021, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0171>.

15. Comisia Europeană. *România. Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea*, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf.
16. Consiliul Europei, *Convenția Consiliului Europei privind lupta împotriva traficului de ființe umane*, Varșovia, 16 mai 2005, *Seria de Tratat a Consiliului Europei – Nr. 197*, <https://rm.coe.int/168064899c>.
17. Consiliul Europei. (2005). *Explanatory report to the Council of Europe convention on action against trafficking in human beings*. [Raport online]. <https://rm.coe.int/16800d3812>.
18. Departamentul de Stat al SUA, *2020 TIP Report Romania*, <https://ro.usembassy.gov/2020-trafficking-in-persons-report-for-romania/>.
19. Departamentul de Stat al SUA, *2021 TIP Report Romania*, <https://www.state.gov/reports/2021-trafficking-in-persons-report/romania/#:~:text=Prosecutors%20indicted%2034%20alleged%20traffickers,2019%20and%20130%20in%202018>.
20. Departamentul de Stat al SUA, *2022 TIP Report Romania*, <https://www.state.gov/reports/2022-trafficking-in-persons-report/romania/>.
21. Departamentul de Stat al SUA, *2023 TIP Report Romania*, <https://www.state.gov/reports/2023-trafficking-in-persons-report/romania/>.
22. Departamentul de Stat al SUA, *2024 TIP Report Romania*, <https://www.state.gov/reports/2024-trafficking-in-persons-report/romania/>.
23. Elena Mihaela Iagăr (coord.), *Starea de Sănătate a Populației din România*, Institutul Național de Statistică, https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/starea_de_sanatate_a_populatiei_din_romania_2019.pdf.
24. Eurostat, *People at risk of poverty or social exclusion in 2022*, 14 iunie 2023, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230614-1>.
25. Eurostat, *Trafficking in human beings statistics*, 3 ianuarie 2025, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Trafficking in human beings statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Trafficking_in_human_beings_statistics).
26. Hemmings, S., Jakobowitz, S., Abas, M., Bick, D., Howard, L. M., Stanley, N., Zimmerman, C., & Oram, S., „Responding to the Health Needs of Survivors of Human Trafficking: A Systematic Review”, în: *BMC Health Services Research*, 2016, 16, Article 320, <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1538-8>.
27. Institutul European pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați (n.d.). *Combating violence against women in Romania*, https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/2016.5491_mh0416665enn_pdfweb_20170215100610.pdf.
28. Institutul Național de Statistică, *Starea de sănătate a populației din România*, 2021, <https://insse.ro/cms/ro/content/starea-de-s%C4%83n%C4%83tate-popula%C8%9Biei-din-rom%C3%A2nia-1>.

29. Jain J., Bennett M., Bailey M.D., Liaou D., Kaltiso S.O., Greenbaum J., Williams K., Gordon M.R., Torres M.I.M., Nguyen P.T., Coverdale J.H., Williams V., Hari C., Rodriguez S., Salami T., Potter J.E., „Creating a Collaborative Trauma-Informed Interdisciplinary Citywide Victim Services Model Focused on Health Care for Survivors of Human Trafficking”, în: *Public Health Rep*, 2022 iulie-august;137(1_suppl):30S-37S. doi: 10.1177/00333549211059833. PMID: 35775914; PMCID: PMC9257486.
30. Legea nr. 211/2004 privind unele măsuri pentru asigurarea informării, sprijinului și protecției victimelor infracțiunilor, cu modificările și completările ulterioare.
31. Lorzinsky J, Pringle J, Filion F, Gagnon AJ, „Sex trafficking survivors' experiences with the healthcare system during exploitation: A qualitative study”, în: *PLoS ONE*, 2023, 18(8): e0290067, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290067>.
32. Lumos, *Cycles of Exploitation: The Links Between Children's Institutions And Human Trafficking*, 2021, <https://www.wearelumos.org/resources/cycles-of-exploitation/>.
33. OCDE/Observatorul European privind Politicile și Sistemele de Sănătate, „România: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea”, în: *OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies*, 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf.
34. Organizația Mondială a Sănătății, *Addressing Human Trafficking through Health Systems*, 2023, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366280/9789289058827-eng.pdf>.
35. Organizația Națiunilor Unite, *Planul Global de Acțiune al Națiunilor Unite pentru Combaterea Traficului de Persoane*, a 64-a sesiune a Adunării Generale a Națiunilor Unite, 12 august 2010, New York; 2010 (A/RES/64/293), https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/United_Nations_Global_Plan_of_Action_to_Fight_Trafficking_in_Persons.pdf.
36. Organizația Națiunilor Unite, *Protocolul privind prevenirea, reprimarea și pedepsirea traficului de persoane, în special al femeilor și copiilor, adițional la Convenția Națiunilor Unite împotriva criminalității transnaționale*, 2000, https://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.http_act_text?id=38603.
37. Organizația Națiunilor Unite, *Raportul Global privind Traficul de Persoane 2024*, decembrie 2024, https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2024/GLOTIP2024_BOOK.pdf.
38. Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene, *Directiva (UE) 2024/1712 a Parlamentului European și a Consiliului din 13 iunie 2024*, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401712.
39. Uniunea Europeană, *Rapoartele de progres ale Uniunii Europene privind lupta împotriva traficului de persoane*, https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/internal-security/organised-crime-and-human-trafficking/together-against-trafficking-human-beings/publications_en.



WWW.ELIBERARE.COM