

Desafíos pendientes para la atención efectiva de los menores extranjeros no acompañados víctimas de trata de seres humanos

Rubén ESPUNY CUGAT

Departamento de Derecho / Universidad de Lleida

Carolina VILLACAMPA ESTIARTE

Departamento de Derecho / Universidad de Lleida

Resumen:

Los menores de edad víctimas de trata de seres humanos son susceptibles de sufrir alteraciones en su adecuado desarrollo personal hacia la vida adulta. Todavía más vulnerables son los menores extranjeros no acompañados, quienes además de su corta edad, se encuentran sin el acompañamiento de sus padres o tutores legales en un país que no es el suyo. En este contexto, es fundamental la respuesta de los profesionales para detectar e identificar de forma rápida y eficaz estos casos, así como para prestar la asistencia adecuada que necesitan estas víctimas. Sobre esta base, se ha realizado un estudio cualitativo que consta de quince entrevistas a diferentes profesionales del ámbito administrativo y del tercer sector que trabajan en la comunidad autónoma de Cataluña, que ha permitido conocer mejor la realidad a que se enfrentan esta clase de víctimas y las dificultades u obstáculos que existen en la actualidad para ayudarlas a completar exitosamente su proceso de recuperación.

Palabras clave: trata de menores de edad, menores extranjeros no acompañados, asistencia a las víctimas, desafíos y dificultades, propuestas de mejora, enfoque victimocéntrico.

Abstract:

Minors who are victims of human trafficking are susceptible to suffer alterations in their adequate personal development towards adulthood. Even more vulnerable are unaccompanied foreign minors, who in addition to their young age, are unaccompanied by their parents or legal

guardians in a country that is not their own. In this context, the response of professionals is essential to detect and identify these cases quickly and effectively, as well as to provide the appropriate assistance that these victims need. On this basis, a qualitative study has been carried out consisting of fifteen interviews with different professionals from the administrative and third sector working in the autonomous community of Catalonia, which has provided a better understanding of the reality faced by this type of victims and the difficulties or obstacles that currently exist to help them successfully complete their recovery process.

Keywords: child trafficking, unaccompanied foreign minors, challenges and difficulties, victim assistance, proposals for improvement, victim-centred approach.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. METODOLOGÍA

3. RESULTADOS

3.1. Detección de posibles casos

3.1.1. Procedimiento

3.1.2. Dificultades encontradas

a) *Falta de formación especializada de los profesionales*

b) *Barreras socioculturales*

3.2. Programa asistencial

3.2.1. El circuito asistencial

3.2.2. Principales características del modelo asistencial

3.2.3. Dificultades encontradas

a) *Falta de formación especializada por parte de los profesionales*

b) *Falta de recursos asistenciales adecuados: especial mención a la atención psicológica*

c) *La revictimización del sistema policial y judicial*

d) *Barreras socioculturales*

e) *Obstáculos para la obtención de documentación personal y otros problemas asociados*

f) *Obstáculos en la transición a una vida autosuficiente y la emancipación*

g) *Irregular comunicación y coordinación entre los profesionales*

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Recapitulación sobre los resultados

4.2. Propuestas de mejora para la superación de las dificultades encontradas

4.2.1. Propuestas referidas al conjunto del sistema de atención a las víctimas

4.2.2. Propuestas relativas a la fase de asistencia e intervención en los centros de menores

5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La trata de seres humanos (TSH) constituye un grave fenómeno criminal que fue abordado por primera vez desde un enfoque amplio e internacional por medio del Protocolo de Palermo del año 2000¹. Desde su publicación, adoptando una estrategia basada tanto en la prevención y persecución criminales como en la protección de los derechos de las víctimas (Villacampa, 2011), ha permitido avances significativos en el reconocimiento y la tipificación de este delito en los ordenamientos jurídicos internos de un número de países cada vez mayor (Cockbain & Olver, 2019; Villacampa, 2022a), además de una aproximación más completa y holística que supera la convencional respuesta ofrecida por el sistema de justicia penal (Obokata, 2005).

El artículo 3 del Protocolo de Palermo define la TSH como un proceso criminal que se desarrolla en varias fases —la captación, el transporte, el traslado, y la acogida o recepción—, a través de unos medios comisivos —la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, el fraude, el engaño, el abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra—, persiguiendo alguna o algunas de las siguientes finalidades: la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre, o la extracción de órganos.

A diferencia de lo que ocurre con las personas en edad adulta afectadas por la TSH, en el caso de los niños, definidos por el Protocolo de Palermo como toda persona menor de 18 años², no

* Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto RTI2018-094686-B-C21, «Hacia una Ley integral contra la trata de seres humanos y la esclavitud» (LITRAES), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España.

¹ Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños (2000), ratificado por España el 1 de marzo de 2002 y en vigor desde el 25 de diciembre del siguiente año. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/2000/11/15/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2000/11/15/(2))

² Así lo establece específicamente el art. 3 del Protocolo de Palermo, letra d), al disponer que «Por "niño" se entenderá toda persona menor de 18 años».

es necesaria la existencia de ninguno de los medios comisivos mencionados para que la conducta pueda considerarse constitutiva de delito y quienes la padecen como víctimas³. Esto último, sobre la base del considerando tercero del preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1959⁴, que afirma que «el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita de cuidados y protección especiales (...)», motivo por el que «cuando se trata de un menor, el posible consentimiento no debe considerarse válido», como así dispone el considerando undécimo de la Directiva 2011/36/UE⁵. Este instrumento jurídico, que sigue la política adoptada por el Protocolo de Palermo —subsiguientemente reforzada por el Convenio de Varsovia del año 2005⁶—, es la normativa que incorporó en el Derecho derivado de la Unión Europea el abordaje de la TSH desde una perspectiva basada en los derechos humanos, priorizando la protección y reparación de las víctimas como elementos esenciales frente al tradicional enfoque criminal del fenómeno (Villacampa, 2011).

Dada su falta de madurez física y mental, los menores de edad precisan del acompañamiento de sus progenitores —o, en su defecto, de sus tutores legales— para que puedan seguir un adecuado desarrollo personal que en el futuro les permita alcanzar una vida adulta

³ Así lo establece específicamente del art. 3 del Protocolo de Palermo, letra c), al disponer que «La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará "trata de personas" incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados (...)».

⁴ Al igual que la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño adoptada en 1924 por la ya extinta Sociedad de Naciones, la Declaración de los Derechos del Niño del año 1959 carece de fuerza vinculante, si bien es el primer texto histórico desde la fundación de la Organización de las Naciones Unidas que aborda los derechos de la infancia. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf

⁵ *Vid.* Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo (2011). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2011/101/L00001-00011.pdf>

⁶ *Vid.* Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (2005), ratificado por España el 2 de abril de 2009 y en vigor desde el 1 de agosto de ese mismo año. Disponible en: [https://www.boe.es/el_i/es/ai/2005/05/16/\(1\)](https://www.boe.es/el_i/es/ai/2005/05/16/(1))

independiente y autosuficiente⁷. En consecuencia, los menores extranjeros no acompañados (MENA) no solo son personas que todavía no han cumplido los 18 años, sino que además sufren una especial vulnerabilidad y desprotección debido a dos circunstancias que se suman a su minoría de edad: (1) son niños sin el acompañamiento de sus progenitores o tutores legales, quienes tienen la obligación legal de velar por el interés superior del menor; y (2) tienen la condición de extranjeros en el territorio donde se encuentran, lo que significa que están en un país que no es el suyo. La triple vulnerabilidad que sufren —por razón de edad, por la falta de referentes adultos y por la condición de extranjeros— solo hace que añadir más capas de indefensión a su situación frente al padecimiento de procesos de TSH (Fernández García, 2010; García de Diego, 2010; Mitchell, 2003; O’Connell Davidson, 2011; Rigby, 2011; Save the Children, 2016; Warria et al., 2015).

A pesar de la ya comprobada naturaleza oculta de la TSH (Martinho et al., 2020; Rafferty, 2013; Rigby, 2011; Villacampa, 2012), se estima que la cantidad total de personas afectadas por este delito no ha parado de crecer en todo el mundo —a excepción del año 2020 debido a los efectos de la situación pandémica (UNODC, 2023), que ha añadido aún mayor vulnerabilidad para el colectivo MENA (GRETA, 2022)—. En consonancia con esta tendencia al alza, se observa un aumento significativo del número de víctimas menores de edad, convirtiéndose en el grupo social que mayor incremento de casos ha registrado desde que existen datos (UNODC, 2023). Este hecho cobra especial relevancia habida cuenta de las dificultades adicionales expuestas para su detección (Martinho et al., 2020; Rigby, 2011; UNICEF, 2017; Warria et al., 2015; West, 2016). Pese a esto último, España es uno de los países de la Unión Europea que menos casos de posibles víctimas de TSH menores de edad es capaz de detectar (European Commission, 2020; Villacampa y Torres, 2021).

⁷ En este sentido apuntan tanto el principio 7 de la antes señalada Declaración de los Derechos del Niño de 1959, como también el art. 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989, ratificada por España el 6 de diciembre de 1990 y en vigor desde el 5 de enero del siguiente año, siendo este texto el primero dedicado a los derechos de las personas menores de 18 años que es de carácter obligatorio para todos los Estados parte de este tratado internacional. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1))

Tal constatación resulta particularmente preocupante, toda vez que la exposición a situaciones que atentan contra los derechos humanos en personas de corta edad puede suponer complicaciones severas en su correcto y adecuado desarrollo personal hacia la vida adulta (Fazel, 2022; Martinho et al., 2020; Rafferty, 2013). De ahí que, como ha puesto de manifiesto la literatura existente, impulsar la capacidad de los profesionales para detectar a posibles víctimas de TSH menores de edad sea un factor tan desafiante como crucial para conseguir una rápida y temprana identificación de estos casos (Cunha et al., 2019; GRETA, 2016, 2017; Hodge, 2014; Jordan et al., 2013; Rigby, 2011; UNICEF, 2006, 2017; Warria et al., 2015), especialmente en víctimas MENA, tal y como como ha venido señalando el Consejo de Europa en varios de sus recientes informes (GRETA, 2021, 2023).

Por otra parte, también la literatura existente apunta a que la intervención de los profesionales que se encargan de la asistencia y protección de los afectados es absolutamente determinante, pues sobre ellos recae la responsabilidad de atender las particulares circunstancias de esta clase de víctimas y de responder a sus necesidades procurando que sean capaces de completar exitosamente el duro proceso de recuperación que les aguarda (Martinho et al., 2020; Mitchell, 2003; Rigby, 2011; Scarpa, 2005).

Sobre la base del papel crucial que desempeñan los profesionales que asisten a las víctimas de TSH menores de edad según las publicaciones citadas, y también teniendo en cuenta la baja incidencia constatada en España en cuanto a la detección de estas víctimas, se construye el triple objetivo que persigue este estudio:

- i. Conocer el funcionamiento y las dinámicas del sistema de protección de las víctimas de TSH menores de edad en Cataluña.
- ii. Identificar los obstáculos y las carencias que enfrentan los profesionales que brindan atención y protección a los supervivientes.
- iii. Proponer una serie de mejoras para la superación de las dificultades encontradas en todas las fases del proceso de atención a las víctimas.

2. METODOLOGÍA

Con la finalidad de cumplir con el triple objetivo indicado, se ha optado por desarrollar una investigación de tipo cualitativo, consistente en la realización de entrevistas a diferentes actores que desempeñan un papel clave en la atención a víctimas de TSH menores de edad. En esta línea, se han llevado a cabo un total de quince entrevistas a profesionales cuyo trabajo está estrechamente relacionado con la atención a estas víctimas en Cataluña.

El espacio geográfico de esta investigación se ha circunscrito a la comunidad autónoma catalana, donde se ubica la universidad desde la que se realiza este estudio, porque como a continuación se expondrá, la estructura y el funcionamiento de los servicios asistenciales de la infancia y la adolescencia son competencias que dependen de la Administración autonómica. De la muestra intencional mencionada, ocho de las personas entrevistadas pertenecen al ámbito del tercer sector (TS), mientras que las siete restantes al ámbito administrativo (AA).

Para la selección de los profesionales entrevistados cuyas funciones se desarrollan en el ámbito del tercer sector, se ha tenido en consideración la definición que a tal efecto establece el artículo 2 la Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social⁸. Dicho precepto, define a estas entidades como «aquellas organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades, que responden a criterios de solidaridad y de participación social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social».

La selección de los profesionales entrevistados que trabajan en el ámbito administrativo se ha llevado a cabo entre los que ejercen sus funciones en la Dirección General de Atención a la

⁸ Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/09/43/con>

Infancia y la Adolescencia (DGAIA)⁹. Este organismo público es el que, subordinado a la Secretaría de Infancia, Adolescencia y Juventud del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Cataluña¹⁰, se encarga de la tutela y protección de los menores de edad desamparados dentro del territorio catalán —la estructura de la DGAIA dentro del organigrama del Departamento de Derechos Sociales se muestra en el Gráfico 1—.

Las unidades básicas de funcionamiento de la DGAIA son los diferentes Equipos Funcionales de Infancia (EFI), un servicio ofrecido por grupos de profesionales distribuidos por toda la geografía catalana de acuerdo con el Mapa de Recursos y Servicios de la infancia y la adolescencia de Cataluña (DGAIA, 2017), cuya dirección y coordinación en su ámbito de actuación territorial es competencia, según corresponda, de alguno de los seis Servicios de Atención a la Infancia y la Adolescencia (SAIA) que hay en Cataluña¹¹.

Entre otras funciones, los SAIA se encargan de «Asignar los servicios necesarios para la atención de los niños y adolescentes en situación de desamparo, colaborar en el seguimiento y el control de los servicios especializados de atención a la infancia y la adolescencia y, si procede, hacer la propuesta para crearlos o contratarlos»¹². Por otro lado, también se ocupan de «Controlar la aplicación por parte de los equipos técnicos de los criterios que establece la

⁹ Las funciones y la estructura de la DGAIA están establecidas en el art. 143.1 del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

¹⁰ *Vid.* art. 5.2 del Decreto 229/2018, de 23 de octubre, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2018/10/23/229>

¹¹ El Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Barcelona Ciudad —art. 149.1, letra d)—, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia del Área Metropolitana de Barcelona —art. 151.1, letra d)—, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Barcelona Comarcas —art. 153.1, letra d)—, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Tarragona —art. 67, letra d)—, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Girona —art. 67, letra d)—, y el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Lleida —art. 67, letra d)—. *Vid.* Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

¹² *Vid.* art. 67, letra c), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia con respecto al desamparo y la adopción de medidas de protección y gestionar sus propuestas, y hacer su seguimiento»¹³.

En la provincia de Barcelona existen tres SAIA diferentes¹⁴, que dependen de la Subdirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia¹⁵, mientras que en las provincias de Tarragona, Lleida y Girona hay uno en cada una de ellas¹⁶, los cuales dependen de sus respectivos Servicios Territoriales de Derechos Sociales¹⁷, que a su vez se encuentran subordinados a la Secretaría General¹⁸. Los seis SAIA que existen en Cataluña comparten las mismas competencias¹⁹, aunque las ejercen individualmente en su respectivo territorio.

Como excepción, mención aparte merece el caso de las Terres de l'Ebre, la región situada más al sur de la provincia de Tarragona, conformada por las comarcas del Baix Ebre, el Montsià, la Terra Alta y la Ribera d'Ebre. En esta zona es el Servicio de Coordinación Territorial de las Terres de l'Ebre, supeditado a los servicios territoriales de esta región²⁰, el organismo público

¹³ Vid. art. 67, letra i), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

¹⁴ El Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Barcelona Ciudad, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia del Área Metropolitana de Barcelona, y el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Barcelona Comarcas.

¹⁵ Las funciones y la estructura de la Subdirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia están establecidas en el art. 144 del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

¹⁶ El Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Tarragona, el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Girona, y el Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Lleida.

¹⁷ Vid. art. 42.2, letra e), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

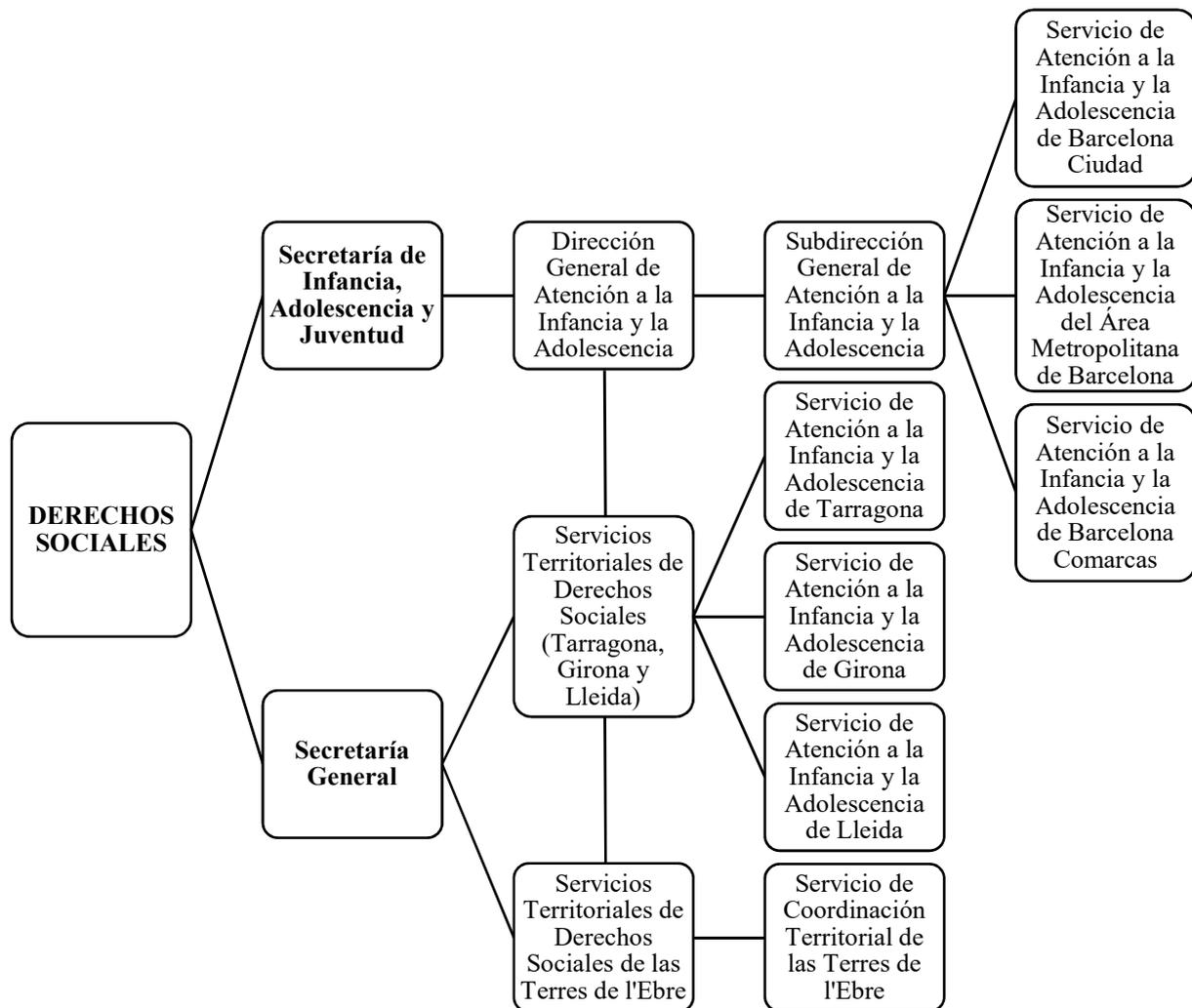
¹⁸ Vid. art. 5.1, letra d), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

¹⁹ Cfr. arts. 67, 149.1, 151.1 y 153.1 del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

²⁰ Vid. art. 42.3 del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

que tiene asignadas las competencias de atención a la infancia y la adolescencia que en el resto del territorio catalán son ejercidas por los SAIA²¹.

GRÁFICO 1. Estructura de la DGAIA dentro del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Cataluña



²¹ Vid. art. 68.1 del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias: «Al Servicio de Coordinación Territorial de los Servicios Territoriales de las Terres de l'Ebre le corresponde el ejercicio de las funciones en materia de coordinación, apoyo a la protección social, atención a las personas y atención a la infancia y la adolescencia que establecen los arts. 43, 46, 47 y 67 de este Decreto (...)». Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

Fuente: Elaboración propia

El personal que desarrolla su labor en los EFI tiene asignadas las siguientes funciones en su correspondiente ámbito de actuación territorial (DGAIA, 2017): (1) elaborar y conocer los datos relativos a la infancia y la adolescencia; (2) conocer los recursos existentes y su nivel de ocupación; (3) coordinarse con otros recursos y servicios para la aplicación de las políticas de infancia; (4) gestionar las propuestas y las medidas de los equipos técnicos y vigilar su cumplimiento; y (5) efectuar el seguimiento y control de los recursos de alto riesgo.

Conforme a la Tabla 1, la mayoría de los profesionales entrevistados desarrollan funciones de carácter preferentemente social —son trabajadores sociales (6), educadores sociales (5) y psicólogos (2)—, aunque también hay juristas (3) y un profesional del ámbito policial —agente de los Mossos d’Esquadra especializado en menores—. Entre los profesionales que llevan a cabo su actividad laboral en entidades del tercer sector (8), tres de ellos trabajan en fundaciones —Fundación Cruz Blanca (1), Fundación Nazareth (1) y Fundació Idea (1)—, dos en entidades religiosas de carácter social —SICAR cat (1) y Cáritas Diocesana (1)—, dos en una cooperativa —Suara Cooperativa (2)—, y otra en una asociación que presta atención a colectivos vulnerables —Associació in via (1)—. Por otro lado, entre los profesionales que ejercen sus funciones en la Administración pública (7), seis están vinculados a diferentes EFI y uno trabaja en la Unidad Municipal contra la Trata de Seres Humanos (UTEH) del Ayuntamiento de Barcelona²².

TABLA 1. Entrevistas realizadas

<i>Núm. entrevista</i>	<i>Identificador</i>	<i>Ocupación profesional</i>	<i>Puesto de trabajo</i>	<i>Destino (provincia)</i>
<i>1</i>	1 AA	Trabajadora social	UTEH	Barcelona

²² La Unidad Municipal contra la Trata de Seres humanos (UTEH) del Ayuntamiento de Barcelona ofrece atención integral a cualquier víctima de TSH, independientemente de cuál sea la finalidad de la explotación. Más información en: <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/es/bcn-antimachista/servicios-de-atencion-la-violencia-machista/uteh>

2	1 TS	Jurista	Entidad del tercer sector	Barcelona
3	2 TS	Jurista	Entidad del tercer sector	Lleida
4	3 TS	Educadora social	Entidad del tercer sector	Barcelona
5	4 TS	Trabajadora social	Entidad del tercer sector	Lleida
6	2 AA	Jurista	DGAIA	Girona
7	5 TS	Educador social	Entidad del tercer sector	Barcelona
8	3 AA	Psicóloga	DGAIA	Tarragona (Terres de l'Ebre)
9	4 AA	Trabajadora social	DGAIA	Tarragona (Terres de l'Ebre)
10	6 TS	Trabajador y educador social	Entidad del tercer sector	Barcelona
11	5 AA	Trabajadora social	DGAIA	Tarragona
12	6 AA	Mosso d'Esquadra	DGAIA	Lleida
13	7 AA	Trabajador social	DGAIA	Girona
14	7 TS	Psicólogo y educador social	Entidad del tercer sector	Girona
15	8 TS	Educadora social	Entidad del tercer sector	Girona

Fuente: Elaboración propia

El modelo para la realización de las entrevistas, elaborado sobre la base de estudios similares a este desarrollados por Villacampa (2022a; 2022b) para supuestos de TSH laboral, consta de un total de 27 preguntas sistematizadas en cuatro bloques: (1) preguntas sobre conocimiento general y la realidad de las víctimas de TSH menores de edad; (2) preguntas relacionadas sobre los casos que recuerda la persona entrevistada en los que ha intervenido a lo largo de los últimos diez años; (3) preguntas relacionadas con la actuación de los profesionales en cuanto a la detección e identificación de víctimas y la coordinación con otros actores relevantes; y (4) preguntas sobre propuestas de futuro para la mejora del proceso de atención a las víctimas en todas sus fases.

La duración media de las quince entrevistas ha sido de 1 hora y 20 minutos, siendo la más breve de 47 minutos y la más larga de 122. Entre los factores que más impacto han tenido en la extensión de las mismas, destacan los dos siguientes: (1) la cantidad de casos que los entrevistados han explicado en el segundo bloque y el nivel de detalle de la información que recordaban acerca de ellos; y (2) la no respuesta, sobre todo por parte de los profesionales del ámbito del tercer sector que trabajan en entidades sociales de segundo nivel, a las preguntas sobre detección de posibles casos situadas en el tercer bloque al dedicarse estos actores al desarrollo de actividades esencialmente ligadas a la fase de asistencia e intervención con las víctimas.

La mayoría de las entrevistas se han llevado a cabo de forma telemática por razones de disponibilidad y flexibilidad horarias con el fin de facilitar al máximo su realización (12), aunque algunas se pudieron efectuar finalmente de forma presencial (3). Para la ejecución de las 12 entrevistas realizadas en línea se usó principalmente el programa informático Google Meet (10), y en menor medida la aplicación Zoom (2).

Se obtuvo el consentimiento previo de cada uno de los profesionales entrevistados para grabar en formato de audio el contenido de las entrevistas, con el único propósito de transcribir posteriormente la información obtenida para facilitar su procesamiento y análisis antes de borrar los archivos. También se acordó mantener en el anonimato la identidad de los profesionales,

evitando la inclusión de datos personales que puedan identificarlos de alguna forma a la hora de difundir los resultados de este estudio.

Todas las grabaciones han sido transcritas en el procesador de textos Microsoft Word. Posteriormente, para el análisis cualitativo del conjunto de la información obtenida se ha seguido el método fenomenológico basado en la estrategia del estudio temático del contenido (Rubin et al., 2011). En este sentido, se ha diseñado un sistema de códigos que ha servido para organizar y segmentar los datos más sustanciales vinculados a los tres objetivos de esta investigación. Sobre esta base, se ha procedido a la búsqueda de los temas o patrones más destacados relacionando y comparando la información codificada con el fin de elaborar una explicación completa e integrada. Los resultados extraídos se abordan desde un enfoque estrictamente objetivo en el apartado que sigue, y finalmente se exponen la discusión y las conclusiones de forma conjunta.

3. RESULTADOS

3.1. Detección de posibles casos

3.1.1. Procedimiento

Dentro del ámbito administrativo, la mayoría de los casos de menores desamparados que llegan a la DGAIA son derivados por parte de los servicios sociales especializados (2, 3, 4, 5, 6 AA) o por los servicios sociales básicos (2, 6 AA). Sin embargo, la primera y principal vía de entrada al sistema de protección es a través de la policía (2, 5, 6, 7 AA), y en menor medida por otros agentes sociales que dan la alarma, como personal médico que tiene contacto habitual con menores de edad o personal del ámbito educativo que trabaja en las escuelas (2, 6 AA). En lo que se refiere a la propia DGAIA, los casos detectados son debidos a derivaciones de menores desamparados realizadas por terceros actores que fueron incapaces de detectar indicios de TSH, ya que no realiza tareas de detección directa a pie de calle (6 AA). A todo ello se hace referencia en los siguientes extractos obtenidos de las entrevistas:

- «La detección está derivada a los servicios sociales y a los servicios sociales especializados que están organizados en los territorios» (2 AA).
- «La policía es la que más casos detecta» (5 AA).
- «A nosotros no nos vienen las víctimas aquí al SAIA directamente. Lo normal es que pasen antes por la policía, o que las detecten los servicios sociales o desde las escuelas (...). La DGAIA no hace detección directa. Nos pueden llegar casos derivados por los servicios sociales o cualquier otro agente social» (6 AA).
- «La puerta de entrada de todos los menores que tenemos en el sistema de protección de la DGAIA es a través de las comisarías de policía» (7 AA).

Una vez que los menores son remitidos al sistema de protección, debe incoarse un procedimiento de desamparo²³. En el caso de los MENA, al encontrarse sin el acompañamiento de los responsables de su guarda, se lleva a cabo una declaración de desamparo preventivo²⁴, que tiene carácter de medida cautelar²⁵. Para la resolución del expediente es preceptivo un

²³ Vid. art. 106.1 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia: «En el momento en que se tiene conocimiento de que un niño o adolescente puede encontrarse en situación de desamparo, el departamento competente en materia de protección de los menores desamparados debe incoar el expediente de desamparo. Antes del acuerdo de iniciación, el órgano competente puede abrir un período de información previa con el fin de conocer las circunstancias del caso concreto y la conveniencia o no de iniciar el procedimiento». Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/1/2010/05/27/14>

²⁴ Vid. apartado 4.1, letra a), de la Directriz general de actuación 6/2020 de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) por la que se regula la gestión del expediente de desamparo de los niños y los adolescentes inmigrados no acompañados: «En el marco de la legislación de infancia y adolescencia, la medida cautelar de desamparo preventivo es la que otorga más garantías y protección jurídica en situaciones de desprotección pendientes de confirmación, por lo que debe ser de uso preferente en la atención de los niños y niñas y adolescentes que se encuentran en el territorio de Cataluña sin el acompañamiento de los responsables de su guarda». Disponible en: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/04legislacio/directives_instruccions_circulars/infancia_adolescencia/directrius/DGA-gestio-exp-MENA-Versio-signada.pdf

²⁵ Vid. apartado 4.1, letra a), de la Directriz general de actuación 6/2020 de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) por la que se regula la gestión del expediente de desamparo de los niños y los adolescentes inmigrados no acompañados: «La declaración de desamparo preventivo es una medida cautelar, por definición temporal y transitoria, que se acuerda mediante resolución administrativa del órgano competente, de acuerdo con lo que prevén los arts. 109 y 110 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. La declaración supone, entre otros efectos, la asunción de la tutela y el ejercicio de las facultades de representación legal del niño o adolescente, y, correlativamente, la suspensión de la potestad parental». Disponible en: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/04legislacio/directives_instruccions_circulars/infancia_adolescencia/directrius/DGA-gestio-exp-MENA-Versio-signada.pdf

informe por parte del Servicio especializado de atención a la infancia y la adolescencia (SEAIA), que es el equipo técnico competente en estos casos²⁶.

El SEAIA pretende dar respuesta a situaciones y necesidades de las personas menores de edad que requieren para su abordaje una especialización técnica²⁷. Este servicio es proporcionado por los Equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA), que se dedican a la valoración, actuación y atención de niños en riesgo o situación de desamparo, así como del seguimiento y tratamiento de sus familias. Los EAIA están distribuidos por todo el territorio de Cataluña y cada uno de ellos está formado por un grupo multidisciplinar de cuatro profesionales de la psicología, la pedagogía, el trabajo social y la educación social, respectivamente. Estos actores intervienen de forma directa con los menores y tienen a su disposición una serie de indicadores específicos para detectar casos sospechosos de TSH sobre la base de las experiencias narradas por las posibles víctimas (2, 5, 7 AA). De ello se da cuenta en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

- «Por parte de los profesionales se puede detectar si esta persona que viene de este país y presenta este estado físico, puede que sea o haya sido víctima de TSH, gracias a unos indicadores» (2 AA).
- «Los equipos técnicos son los que hacen los informes en los centros de acogida MENA (...), que cuando los menores entran a los recursos son los que les hacen la primera entrevista. Si detectamos pistas de TSH lo trasladamos a la policía para que hagan una investigación a fondo» (5 AA).
- «Aquí hay un equipo encargado de evaluar su situación durante las primeras horas, preguntando a los menores sobre su origen, su documentación, cuándo han llegado aquí,

²⁶ Vid. art. 106.3 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia: «Para la resolución del procedimiento los equipos técnicos competentes deben evacuar un informe con carácter preceptivo. A tales efectos, tienen el carácter de equipos técnicos los servicios especializados de atención a los niños y a los adolescentes, y los otros que se determinen reglamentariamente». Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2010/05/27/14>

²⁷ Vid. apartado 1.2.1.2 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

si tienen a alguien en el territorio que les pueda ayudar, etc. A base de tiempo se va conociendo a la víctima y se van detectando algunas cosas. En función del relato detectamos posibles situaciones de TSH» (7 AA).

En el lado de las entidades del tercer sector, la práctica totalidad de ellas son de segundo nivel (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 TS), lo que significa que se centran en la asistencia e intervención de víctimas cuya guarda y custodia les ha cedido la DGAIA, que mantiene su tutela hasta que los menores alcanzan la mayoría de edad. Sin embargo, algunas de estas entidades también llevan a cabo tareas de detección al tener en cuenta diferentes indicadores de TSH, de manera que pueden detectar posibles casos (3, 6 TS). Así se recoge en las siguientes citas de las entrevistas:

- «Entonces, aparte de hacer la acogida, hacemos también un acompañamiento emocional y una atención individualizada. Es a partir del contacto con los menores cuando nos damos cuenta de todos los indicadores que presentan muchos de ellos, que son compatibles con la TSH» (3 TS).
- «Nosotros no hacemos detección directa, pero sí que estamos incorporando todo lo de los indicadores de detección de víctimas de TSH en nuestros centros» (6 TS).

En lo que se refiere a la detección directa en primera línea, solo una de las personas entrevistadas afirma que la entidad para la que trabaja tiene un programa de actuación a pie de calle (4 TS), que se lleva a cabo mediante unidades móviles que cubren tanto zonas donde habitualmente se ejerce la prostitución —calles, pisos, clubs y puntos de carretera—, como otras más rurales donde suelen producirse casos de explotación laboral de temporeros.

Su programa de detección empieza con un acercamiento preliminar a los menores para tratar de crear un vínculo terapéutico y de confianza con ellos sobre el que construir un servicio de mediación, a través del cual los profesionales empiezan a hacerles preguntas para conocer más acerca de su relato y su posible condición como víctimas de alguna red de TSH. En este punto, también intentan llevar a cabo los primeros alejamientos de los menores de su entorno de explotación, acompañándolos físicamente a lugares donde se les explica que pueden satisfacer

sus demandas, como recibir atención médica o realizar algún trámite administrativo, tal y como se expone en los estos extractos de las entrevistas:

- «Vamos a buscar los papeles y tal, y luego nos tomamos un café, que nos cuente de su vida en un espacio distendido que permita poder expresarse a la persona. Muchas veces, cuando hacemos esto hay personas vinculadas a la red de TSH que nos acompañan todo el trayecto porque tienen que controlar, o están recibiendo llamadas constantemente para saber qué es lo que está pasando» (4 TS).
- «Realmente no hace falta nombrar a la TSH, porque los malos no son tan malos para ellos. Entonces, simplemente con preguntas como: ¿cómo hiciste el viaje?, ¿quién te ayudó?, ¿dónde te alojas? En el caso de que se vean más indicios y a la persona la veamos receptiva, se trabaja ya a nivel de intervención el relato» (4 TS).

3.1.2. Dificultades encontradas

a) Falta de formación especializada de los profesionales

Existen sesiones formativas sobre la TSH menores de edad disponibles para todos los profesionales que trabajan en la DGAIA y los servicios sociales, que son impartidas tanto por la propia DGAIA, los Mossos d'Esquadra, la UTEH, o por entidades del tercer sector que cuentan con una trayectoria destacada en la lucha contra este fenómeno criminal —entre ellas, la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), la Comissió Catalana d'Ajuda al Refugiat (CCAR), SICAR cat, Cáritas Diocesana o Associació in via— (1 AA, 2 AA, 5 AA, 5 TS, 6 TS, 7 AA, 7 TS). De ello dan cuenta los entrevistados:

- Muchas veces las entidades especializadas están más preparadas para poder abordar según qué situaciones con ciertas garantías. Nosotras trabajamos muy de la mano con estas entidades, especialmente con SICAR cat, para ajustarnos al caso por caso y ver cuáles son las mejores medidas para evitar la revictimización de las víctimas y garantizar mejor sus derechos» (1 AA).

- «Sí que hay estas formaciones por parte de la CCAR, SICAR cat, Mossos d'Esquadra, etc., que son abiertas al personal de la DGAIA y también a los servicios sociales» (2 AA).
- «Todo nuestro equipo haremos un curso sobre TSH y las características de las víctimas en 15 días con la Associació in via. Los que saben mucho de TSH son SICAR cat. Siempre que hemos hablado con alguien, siempre la consideran una entidad de referencia en temas de TSH» (5 TS).
- «Tener esta concepción de que debemos trabajar conjuntamente porque la chica que hoy tenemos aquí mañana puede estar en otro sitio es clave, y eso no nos lo aporta la Administración, sino entidades o unidades especializadas como SICAR cat y la UTEH, que tienen un gran conocimiento, por ejemplo, de los indicadores, y ahora estamos trabajando todo esto, sobre todo los indicadores más psicológicos» (6 TS).
- «En la formación que hicimos había una jurista que era de Cáritas y nos hizo formación al respecto de este tema (...). Además de eso, nos dieron alguna herramienta para saber qué preguntas debíamos hacer y que nos podían ayudar a detectar algún caso de TSH (...). Gracias a ello, los equipos que realizan las entrevistas pudieron tirar del hilo y detectar algún caso, sobre todo con las chicas, que son muy herméticas normalmente» (7 AA).
- «Sobre TSH no he hecho tanta formación, pero sí he hecho algún monográfico propuesto por la propia DGAIA» (7 TS).

A pesar de lo anterior, el conjunto de la formación impartida es claramente insuficiente a causa de diversas razones: la primera, porque es escasa, puntual y poco especializada al no estar orientada a las características propias de la TSH menores de edad (1 AA, 1 TS, 2 AA, 3 TS, 6 AA, 6 TS, 7 TS, 8 TS); la segunda, porque no llega a todos los actores que trabajan en los sectores clave —sanitario, social y educativo—, quienes tienen una interacción más habitual y directa con menores de edad (4 TS, 6 AA, 5 TS, 6 TS); la tercera, porque generalmente los profesionales no saben detectar posibles casos debido a que no conocen adecuadamente este fenómeno criminal ni tampoco sus indicadores (3 TS, 6 AA, 7 AA); y, la cuarta, porque

tampoco saben cómo actuar ni qué hacer frente a estos casos (3 TS, 4 TS, 5 AA). A los déficits en cuanto a la formación de los profesionales se refieren los entrevistados en las siguientes frases:

- «Seguramente no hay formación ni entrenamiento para la detección general de todas las víctimas de TSH, y aún menos para aquellas que son menores de edad...» (1 AA).
- «Como la gente no está formada en detección, cuando una víctima les explica un proceso migratorio que no tiene sentido y con dificultades para explicarlo, entonces redactan en sus informes que el menor no es coherente con su discurso, y eso no les alarma lo más mínimo...» (3 TS).
- «Los profesionales que intervienen con menores de edad no están formados en TSH, tanto a nivel sanitario como a nivel educativo, y también a nivel social. Al no estar formados, pasan desapercibidos los indicadores que se podrían detectar en el cole o en una entrevista social» (4 TS).
- «Falta formación especializada porque en los casos de TSH no se sabe cómo actuar» (5 AA).
- «Si no lo conoces, no lo encuentras; si no conoces una cosa, no la ves. Pueden ser cosas evidentes o no, pero te tienen que hacer el “clic” o se te pueden pasar por alto fácilmente» (6 AA).
- «He hecho formación, pero sobre TSH no tanta...» (7 TS).

Por último, otros problemas que van asociadas a la falta de formación especializada de los profesionales son los siguientes: (1) la insuficiencia de recursos humanos, ya sea de nuevos actores que ayuden en las tareas de detección o de personal que refuerce las plantillas actuales (5 TS, 6 AA); y (2) la ausencia de seguimiento y continuidad de las formaciones más allá de reuniones periódicas (2 AA, 7 AA), sin la posibilidad de que los formadores se integren en los equipos de trabajo durante un tiempo con el fin de enriquecer la instrucción desde un punto de vista más pragmático (7 AA). A estas cuestiones se hace referencia en las entrevistas de la siguiente manera:

- «Creo que esta formación debería ir acompañada por un seguimiento, un diálogo periódico con una periodicidad mensual, por ejemplo, para exponer casos que haya podido haber y valorar con equipos especializados si realmente lo son o no, y con esa puesta en común poder ver patrones que nos ayuden a hacer detecciones más precoces» (2 AA).
- «Lo que falta es más formación y el doble de personal» (5 TS).
- «Nos falta más formación y quizás también más gente trabajando (...). Nadie tiene semanas tranquilas aquí» (6 AA).
- «Lo que iría muy bien además de la formación, es que el formador realmente tenga conocimientos concretos sobre la TSH menores de edad y que pueda formar parte de los equipos de trabajo, quizás no de forma permanente, pero sí como un enlace que también nos ayude» (7 AA).

b) Barreras socioculturales

El mayor desafío al que se enfrentan los profesionales al intentar detectar posibles casos radica en que los propios menores son incapaces de reconocerse a sí mismos como víctimas de algún tipo de delito, hecho que los lleva a normalizar su situación de explotación (1 AA, 2 TS, 3 TS, 4 TS, 5 AA, 7 TS), particularmente en los casos de explotación laboral (4 TS, 6 AA). Así lo exponen algunos profesionales en las entrevistas:

- «No, nunca son conscientes de su situación. Lo que pasa es que, en algunos casos, a través del trabajo educativo que realizan los equipos de calle sí que se ha podido trabajar de alguna manera en la identificación de las violencias para que pudieran llegar a tomar conciencia de la explotación, pero el punto de inicio siempre es la no autoidentificación como víctimas» (1 AA).
- «Que yo recuerde, de todos los casos que he visto solo hay uno en que el menor haya dicho que se consideraba una víctima. Los demás no tenían ni idea» (2 TS).
- «Estaban tan dañadas psicológicamente que no tenían fuerzas para huir o entender que quizá estaban siendo explotadas en un país que las podía proteger» (3 TS).

- «La autopercepción como víctimas no la tienen, sobre todo al principio, y en el caso de los menores mucho menos (...). Es cierto que en la TSH laboral, como en sus países de origen muchos críos están trabajando así, normalizan la situación de explotación» (4 TS).
- «No saben que son víctimas y cuesta mucho que lo entiendan, seguramente porque tienen miedo. No saben qué les pasaría si hablasen...» (5 AA).
- «Si vienen por explotación laboral quizás no son del todo conscientes de que están siendo explotados... Para ellos es como si no los afectara tanto a su dignidad» (6 AA).
- «Muchas veces no son conscientes de su situación porque quieren borrar todo ese proceso traumático que han tenido, que forma parte de ese duelo mal llevado al que le quieren echar tierra encima (...))» (7 TS).

A la dificultad anterior hay que agregarle el obstáculo lingüístico. En este sentido, el lenguaje suele representar un inconveniente de considerable magnitud, sobre todo porque complica los primeros acercamientos al menor para abordar su relato. Establecer una comunicación directa y efectiva entre los profesionales y estas víctimas resulta muchas veces inviable debido a esta falta de entendimiento provocada por las diferencias idiomáticas. En consecuencia, en estos casos se hace necesario recurrir al uso de la figura del traductor o intérprete, pero no es sencilla la tarea de encontrar expertos que tengan la capacidad de traducir ciertos dialectos muy específicos de determinadas zonas geográficas (4 TS, 5 AA). De ello se deja constancia en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

- «Nosotras el inglés o el francés básico lo podemos dominar, pero el bengalí como que no... Entonces, cuando vamos a sede judicial tenemos la traducción jurada, pero en el día a día no (...). Tenemos problemas incluso para enseñarles cómo funciona la lavadora» (4 TS).
- «Tenemos una barrera idiomática importante porque con el traductor se llega donde se llega... Los casos de los subsaharianos, con sus dialectos, son muy complicados» (5 AA).

Adicionalmente, es mucho más difícil encontrar traductores que no solo tengan formación en competencias lingüísticas, sino también en el ámbito social, que sería lo preferible porque de lo contrario la capacidad de comunicación con las víctimas se ve resentida (5 AA, 7 AA). A este aspecto se refieren dos de los entrevistados en las siguientes líneas:

- «La barrera idiomática es muy importante. Tienes que tirar de traductores no formados que a veces incluso se plantan y te dicen que no van a traducir algunas cosas...» (5 AA).
- «Hablar de tú a tú es muy diferente a hacerlo con un traductor de por medio. Se pierden muchísimas cosas por el camino. Encontrar figuras de traducción y especializadas en el tercer sector es muy complicado» (7 AA).

Por último, además de la ya mencionada incapacidad de los menores para reconocerse como víctimas y los desafíos surgidos por las diferencias en el idioma, es esencial considerar otros obstáculos inherentes a las labores de detección directa a pie de calle o en primera línea. En estas circunstancias, entablar contacto con los menores es un trabajo todavía más arduo para los profesionales, que se ven obligados a trabajar al aire libre inmersos en entornos hostiles. Esto es debido a que la interacción con posibles víctimas se vuelve particularmente compleja debido a la desconfianza arraigada de los menores hacia los demás (5 AA, 6 TS, 7 AA, 7 TS), según señalan estos entrevistados:

- «Desconfían muchísimo y por esto cuesta tanto trabajar con ellos para descubrir qué les ha ocurrido» (5 AA).
- «Una de las grandes dificultades que hay con los menores de edad es la desconfianza absoluta que tienen hacia cualquier adulto que diga que hará alguna cosa por ellos» (6 TS).
- «Su proceso migratorio es muy duro y eso les hace ser extremadamente herméticas» (7 AA).
- «Algunos son más herméticos y les cuesta abrirse, pero durante el tiempo que están aquí terminan sacando todos parte del dolor, porque tienen también esa necesidad» (7 TS).

3.2. Programa asistencial

3.2.1. El circuito asistencial

Con la llegada masiva de MENA en el año 2018, se produjo una situación de colapso en el sistema de protección (5 TS, 6 AA, 7 TS). Según los datos oficiales ofrecidos por la DGAIA, solamente en el año 2018 llegaron a Cataluña un total de 3.742 MENA, que son más del doble que en 2016 (DGAIA, 2023). Los siguientes entrevistados explican cómo esta situación dramática es la que impulsó la creación de los llamados servicios experimentales:

- «A raíz del *boom* de llegadas que hubo en 2018 se han creado una serie de recursos que antes no los he comentado y no están en la cartera de servicios, que son recursos experimentales (...), pensados para realizar esta primera parada» (6 AA).
- «En 2018 es cuando hay la primera gran oleada de llegadas y se abren los servicios experimentales, porque antiguamente lo que se hacía es que el joven llegaba e iba a un centro de acogida, y de ahí se veía a qué sitio llevarlo» (7 TS).

En concreto, los servicios experimentales son estos:

- i. El Servicio experimental de Protección de Emergencia de menores extranjeros no acompañados (SPE)²⁸, que se compone de recursos de primer nivel pensados para su acogida inicial a partir de los 14 años. Aquí se les garantiza la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y atención sanitaria, y se lleva a cabo una valoración preliminar de su situación personal en un máximo de 14 días.
- ii. El Servicio experimental de Primera Acogida y Atención Integral a menores extranjeros no acompañados (SPAAI)²⁹, que pone a su disposición recursos residenciales a los que

²⁸ Vid. Orden TSF/218/2020, de 16 de diciembre, para la provisión de los servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención. Anexo 19: Condiciones de ejecución, en régimen de concierto social, del Servicio Experimental de Protección de Emergencia de menores extranjeros no acompañados (SPE). Disponible en: <https://portaljuridic.gen.cat.cat/eli/es-ct/o/2020/12/16/tsf218>

²⁹ Vid. Orden TSF/218/2020, de 16 de diciembre, para la provisión de los servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención. Anexo 06: Condiciones de ejecución, en régimen de concierto social, del Servicio experimental de

son derivados desde el SPE, donde se les presta una asistencia más amplia y se estudia cada caso con el objetivo de proponer las medidas más adecuadas para el bienestar y los intereses de cada menor. El tiempo máximo que pueden estar en este servicio también es de 14 días.

Tras la mencionada crisis que afectó al sistema de protección en el año 2018, la situación se estabilizó coincidiendo con la pandemia iniciada en 2020 por la expansión de la COVID-19 a nivel mundial. Sin embargo, una vez superada dicha crisis sanitaria, el número de llegadas de MENA ha vuelto a aumentar de manera significativa. Tanto es así, que en la actualidad el sistema de protección se encuentra nuevamente bajo una gran presión debido a la creciente demanda (6 AA, 7 TS, 8TS), de acuerdo con lo que afirman los siguientes entrevistados:

- «Después de la oleada de llegadas que te mencioné del año 2018, vaya cantidad de jóvenes que nos han estado llegando últimamente...» (6 AA).
- «En época de pandemia estuvimos a punto de cerrar nuestro recurso porque solo teníamos a 5 jóvenes, pero el momento actual es crítico, como en 2018. Pasada la pandemia han vuelto a llegar muchos jóvenes. El tiempo de estancia en el servicio era de 3 o 4 semanas, pero ahora hemos saturado de nuevo los servicios territoriales. Toda Cataluña creo que está igual, no hay sitio ahora mismo hasta que la Administración cree nuevas plazas...» (7 TS).
- «El sistema está saturado porque hay colapso» (8 TS).

Por lo tanto, aunque los servicios experimentales se crearon con la intención de evitar el desbordamiento del sistema de protección, esto no ha logrado evitar posteriores situaciones de estrés que ahora se concentran precisamente en los recursos de dichos servicios, con especial intensidad en el SPE (7, 8 TS). Lo que ocurre es que las víctimas terminan residiendo más tiempo del que sería razonable en estos espacios, los cuales, sobre el papel, están pensados para

Primera Acogida y Atención Integral a menores extranjeros no acompañados (SPAAI). Anexo 07: Condiciones de ejecución, en régimen de gestión delegada, del Servicio experimental de Primera Acogida y Atención Integral a menores extranjeros no acompañados (SPAAI). Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/o/2020/12/16/tsf218>

que los menores permanezcan en ellos durante un período de tiempo muy breve antes de ser derivados a otros lugares. Así lo exponen algunos de los entrevistados:

- «Estos jóvenes tienen que estar en nuestro centro de emergencia de 7 a 14 días, pero esto no ha pasado nunca. Cuando hemos sido más rápidos fue al salir de la pandemia, unas 3 o 4 semanas, pero lo normal es que estén aquí unos 3 meses de media, aunque hemos llegado a tenerlos hasta de 6 a 9 meses» (7 TS).
- «En los centros de emergencia, en principio, no deben estar más de 14 días, pero a veces se alarga mucho más porque el sistema está saturado y hay colapso» (8 TS).

Desde los servicios experimentales, los menores víctimas de TSH tutelados por la DGAIA pueden ser remitidos, según las circunstancias personales de cada caso, a alguno de los servicios sociales especializados que forman parte de las prestaciones de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública de la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011³⁰, que se encuentra actualmente prorrogada de acuerdo con la última ley de presupuestos aprobada por el Parlamento de la Generalitat de Cataluña³¹. Estos servicios están recogidos y catalogados en el Mapa de Recursos y Servicios de la Infancia y la Adolescencia de Cataluña (DGAIA, 2017), que son los a continuación se exponen:

- i. Los servicios residenciales de acción educativa, conformados por el Servicio de Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE)³² y el Servicio de Centro Residencial de

³⁰ Esta cartera de servicios sociales fue aprobada por el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

³¹ De acuerdo con el primer apartado de la disposición adicional decimosexta de la Ley 2/2023, de 16 de marzo, de presupuestos de la Generalitat de Catalunya para 2023: «Se prorroga la Cartera de servicios sociales aprobada por el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, con las modificaciones introducidas por el marco legal vigente, y se amplía su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2023». En este sentido, el segundo párrafo de la misma disposición dispone que: «Hasta la aprobación de la nueva cartera, los criterios funcionales de las prestaciones de servicios actualmente vigentes pueden ser determinados por el departamento competente en materia de servicios sociales, mediante disposición reglamentaria». Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2023/03/16/2>

³² Vid. apartado 1.2.1.4.1 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

Educación Intensiva (CREI)³³. Al primero son derivados los menores que requieren una mayor protección —generalmente por su corta edad—, y también aquellos que necesitan una asistencia más individualizada y un acompañamiento más cercano (6 AA, 7 AA, 8 TS). A los segundos son derivados los menores de 12 a 18 años que tienen necesidades educativas y asistenciales muy específicas debido a problemas conductuales, trastornos mentales u otras problemáticas complejas, y que para su atención requieren una especialización técnica alternativa (6 AA, 7 AA, 7 TS).

- ii. Los Pisos Asistidos para Jóvenes (PAJ) de 16 a 18 años³⁴, diseñados para menores tutelados que se acercan a la edad adulta y han adquirido las habilidades necesarias para emprender un proceso gradual de transición hacia la autonomía personal, permitiendo su desinternamiento, pero todavía bajo la tutela y el control del sistema de protección (3 AA, 4 AA, 6 AA, 7 AA, 7 TS).
- iii. Los Pisos Asistidos para Jóvenes (PAJ) de 18 a 21 años³⁵, que funcionan como puente entre la salida del menor de los servicios institucionales y su proceso gradual de adaptación a la plena autonomía personal como adulto. Este servicio está expresamente indicado para aquellos jóvenes tutelados que, al alcanzar la mayoría de edad, carecen de los recursos económicos necesarios para alcanzar una vida autosuficiente (3 AA, 4 AA, 4 TS, 5 TS, 6 AA, 6 TS).
- iv. El servicio de residencia o pisos para jóvenes vinculados a Programas de Inserción Laboral (PIL)³⁶, que ofrece recursos habitacionales para menores tutelados de 16 a 18 años y para extutelados de 18 a 21 años que son más autónomos y se encuentran

³³ Vid. apartado 1.2.1.4.2 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

³⁴ Vid. apartado 1.2.1.5 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

³⁵ Vid. apartado 1.2.1.6 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

³⁶ Vid. apartado 1.2.1.7 del anexo 1 del Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/10/11/142>

preparados para realizar un proceso de integración social y de formación, orientación e inserción laboral (3 AA, 4 AA, 6 AA, 7 AA, 7 TS, 8 TS).

- v. El servicio de los Itinerarios de Protección Individualizados (IPI), que son pisos compartidos para menores tutelados de 16 a 18 años y para extutelados de 18 a 21 años dirigidos a prepararlos para su futura emancipación, integración social e inserción laboral (3 AA, 4 AA, 7 TS). Aunque se trata de un servicio que no está incluido en la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011, se encuentra en funcionamiento desde el mes de julio del año 2016 y actualmente forma parte del Mapa de Recursos y Servicios de la Infancia y la Adolescencia de Cataluña (DGAIA, 2017).

El paso de los menores tutelados por los diferentes servicios y recursos de la DGAIA no está predeterminado, sino que se estudia la situación personal de cada joven para dar la respuesta más individualizada posible en cada caso (3 AA, 6 AA, 7 AA, 8 TS). De esta manera lo explica el siguiente entrevistado:

- «Hasta los 18 años la asistencia es obligatoria y los menores van pasando por diferentes centros en función de las capacidades que van adquiriendo» (7 AA).

Aunque los menores son tutelados por la DGAIA hasta que llegan a la mayoría de edad, es posible extender su estancia en el sistema de protección más allá de los 18 años, hasta que cumplan los 21 (6, 7 AA). Contar con la posibilidad de prolongar la estancia en el sistema de protección hasta los 21 años es una opción especialmente indicada para aquellos menores que, llegados a la edad adulta, todavía se están formando, no han sido capaces de encontrar trabajo, o no disponen de recurso habitacional alguno más allá del que les ofrece la DGAIA. En suma, la víctima deberá decidir qué hacer llegado el momento, mientras que la Administración pública evaluará cada caso individualmente y podrá exigirle al joven ciertas condiciones en caso de que decidiese quedarse, de forma que se intenta asegurar el adecuado aprovechamiento de los servicios y recursos públicos ofrecidos a las víctimas que han cumplido los 18 años (6, 7 AA). Así lo exponen los profesionales en los siguientes extractos de las entrevistas:

- «Pueden quedarse, sí, pero bajo ciertas condiciones. No se les pide que aprueben, pero sí que estudien; no se les pide que encuentren trabajo, pero sí que lo busquen. Se les pide cierta actitud proactiva» (6 AA).
- «La idea es que puedan ir a un recurso PIL para potenciar su entrada al mundo laboral y que puedan tener un poco de ahorro, pero insistimos mucho en el matiz de que para esto debe haber un acuerdo entre la Administración y el menor cuando cumpla 18 años» (7 AA).

Por el lado de las entidades del tercer sector, varias de ellas también contemplan la opción de seguir ofreciendo sus servicios a las víctimas una vez alcancen la mayoría de edad (3, 5 TS). Así lo afirman estos profesionales entrevistados:

- «Las niñas pueden estar con nosotras hasta que ellas se vean capaces de salir afuera de una forma independiente. Lo que quiero decir es que nuestro proyecto no tiene un límite de edad o tiempo, porque creemos que les debemos dar el tiempo que necesiten para recuperarse» (3 TS).
- «Sí, damos asistencia más allá de los 18 años (...). Tenemos 6 pisos asistidos, 4 de ellos hasta los 21 años, y después 2 pisos pequeños para los que tienen más de 21. Van a uno u al otro en función de si son chico o chica y del tiempo que necesiten para su proceso de recuperación» (5 TS).

3.2.2. Principales características del modelo asistencial

Entre otras responsabilidades de la DGAIA cuando los menores acceden al sistema de protección, están las de «Planificar, promover e impulsar la programación general de los servicios y recursos en materia de protección, así como elaborar directrices en el ámbito de competencias del desamparo, especialmente en lo que respecta a los servicios especializados de atención a la infancia y adolescencia»³⁷. Por otro lado, la DGAIA también debe «Proteger y

³⁷ Art. 143.1, letra a), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

asumir la tutela de los niños y adolescentes desamparados, disponer y ejecutar las medidas de atención necesarias para cada uno de ellos y gestionar los servicios que sean necesarios para su efectividad»³⁸.

Según los diferentes profesionales entrevistados para la elaboración del presente estudio, esta asistencia integral que la DGAIA está legalmente obligada a prestar a los menores se concreta en los siguientes servicios: alimentación; vestimenta; alojamiento y pernoctación; higiene personal; atención sanitaria; apoyo psicológico y socioemocional; capacitación lingüística; escolarización; formación académica —incluso en centros privados algunas veces (3 TS)—; formación, orientación e inserción laboral; apoyo económico; acceso a actividades de ocio; asistencia y representación jurídica; y ayuda para la obtención de documentos y la realización de trámites burocráticos.

De acuerdo con lo previsto en la disposición adicional tercera del Decreto Ley 3/2016, de 31 de mayo, de medidas urgentes en materia de contratación pública³⁹, los servicios sociales regulados por la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales⁴⁰, «se pueden gestionar mediante las fórmulas no contractuales de gestión delegada y concierto social, y que se entiende como tales la prestación de servicios de la Red de Servicios Sociales de Atención Pública, de titularidad pública en el primer caso o de titularidad privada en el segundo, mediante entidades privadas, con financiación, acceso y control públicos de acuerdo con los principios de atención personalizada e integral, arraigo de la persona en el entorno social, y elección de la persona y continuidad en la atención y la calidad»⁴¹.

³⁸ Art. 143.1, letra f), del Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2016/08/30/289>

³⁹ Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/dl/2016/05/31/3>

⁴⁰ Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2007/10/11/12>

⁴¹ *Vid.* preámbulo del Decreto 69/2020, de 14 de julio, de acreditación, concierto social y gestión delegada en la Red de Servicios Sociales de Atención Pública. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/esct/d/2020/07/14/69>

Aunque la protección y tutela de los menores desamparados es ejercida por la DGAIA, todos los profesionales entrevistados coinciden en que lo más habitual es que su guarda y custodia sea cedida a organizaciones del tercer sector haciendo uso de las mencionadas fórmulas no contractuales de gestión delegada y concierto social. Esto se debe a la escasa disponibilidad de recursos especializados propios por parte de la Administración pública en la atención a la infancia y la adolescencia (1 TS, 2 AA, 3 TS, 4 TS, 5 AA, 5 TS, 6 AA, 6 TS, 7 AA), de acuerdo con lo que afirman los siguientes entrevistados:

- «Desde nuestra experiencia, lo que hemos podido observar es que la DGAIA mantiene la tutela de la menor, pero nos concede la guarda y custodia» (1 TS).
- «Sí que es habitual que cualquier criatura que sea declarada en desamparo se la tutele y vaya a un centro de acogida. Ese centro lo normal es que sea de una entidad más que un recurso propio de la DGAIA, porque tienen poquitos» (3 TS).
- «El tema es que como no hay recursos especializados de víctimas de TSH menores de edad, o hay muy poquitos, muchas veces se tira de las entidades especializadas para hacer de apoyo en esta área» (4 TS).
- «Es habitual que la guarda se ceda a centros de otras entidades privadas» (5 AA).
- «¿Cuántos centros propios tiene la DGAIA? El 92% de la asistencia se externaliza. La DGAIA, de hecho, no abre ni un solo centro» (5 TS).
- «La DGAIA tiene un número ínfimo de centros propios (...). Me atrevería a decir que se ha externalizado la gestión» (6 TS).

Este modelo de gestión público-privada es el que en los últimos años ha ido adquiriendo mayor relevancia, principalmente por dos razones: la primera, porque las entidades del tercer sector han demostrado ser notablemente más ágiles en la adaptación a las demandas de acogida en comparación con la DGAIA (5 TS, 6 AA), lo que se traduce en una respuesta más eficaz en situaciones de sobrecarga causadas por la llegada de grandes oleadas migratorias; y, la segunda, por el ahorro de costes que supone a nivel económico (6 TS). De estos aspectos dan cuenta los siguientes extractos de las entrevistas:

- «Cataluña tiene su sistema de protección de la infancia externalizado. La DGAIA, como buena Administración pública que es, es inoperante. Para abrir un centro de emergencia, con ley en la mano tardan 10 meses; las entidades abrimos un piso de emergencia en una semana» (5 TS).
- «La Administración es como un trasatlántico al que le cuesta mucho moverse y se va adaptando a las necesidades que tiene que cubrir en cada momento» (6 AA).
- «Si haces números, a ellos les sale más a cuenta tener un modelo de gestión delegado que propio (...). Donde hay un educador público pueden trabajar dos en el sector privado porque no cobramos ni la mitad que ellos» (6 TS).

Sin embargo, ninguno de los entrevistados cuestiona la capacidad del modelo de gestión de naturaleza público-privada para satisfacer de manera efectiva los intereses de las víctimas. Lo que sí critican es la falta de mecanismos de seguimiento y control a nivel cualitativo de los recursos públicos empleados. Esta inquietud surge a raíz de las preocupaciones manifestadas por algunos de los profesionales en relación con la necesidad de asegurar que cada superviviente reciba una asistencia que se ajuste de manera apropiada a sus necesidades individuales (1 AA, 3 TS, 5 TS, 6 TS):

- «Tal y como está pensado el sistema de protección de menores en Cataluña, también necesita una revisión importante creo yo. Muchas veces las entidades especializadas están mejor preparadas para poder abordar según qué situaciones con ciertas garantías que la propia DGAIA» (1 AA).
- «Creo que tendría que ser obligatorio a nivel institucional que todas las entidades que trabajamos con la TSH fuéramos supervisadas. Es decir, que la coordinación no debe depender de mi voluntad, sino que debería haber un protocolo establecido a nivel institucional y una coordinación obligatoria y supervisada por la DGAIA» (3 TS).
- «Decir que se externaliza el sistema suena mal, por eso hablan de “gestión delegada”, pero no vale decir que nosotros seamos lo peor, porque somos las entidades sin ánimo de lucro las que sostenemos el sistema, que sin nosotros caería» (5 TS).

- «Debería haber mecanismos de seguimiento, pero no solo de control de riesgos y de control sanitario, sino si técnicamente los recursos públicos son funcionales» (6 TS).

3.2.3. Dificultades encontradas

A nivel asistencial se siguen repitiendo las mismas dificultades encontradas en la fase de detección de posibles víctimas —falta de formación especializada por parte de los profesionales y barreras socioculturales—, pero esta vez con implicaciones distintas a las expuestas anteriormente. Además, se añaden nuevas problemáticas propias de esta fase que se abordan a continuación:

a) Falta de formación especializada por parte de los profesionales

La falta de personal especializado no solo se circunscribe a la fase de detección de posibles víctimas, sino que también es una asignatura pendiente a nivel de intervención en los centros de menores de edad (1 AA, 1 TS, 5 TS), como critican algunos profesionales:

- «Bueno, la formación para la intervención, pues sí, evidentemente nos falta (...)» (1 AA).
- «Ya te digo que no hay formación especializada en los centros de menores en general» (1 TS).
- «Falta formación en los centros donde se intervine con las víctimas» (5 TS).

De hecho, la mayoría de los profesionales admiten no haber recibido formación en materia de TSH, y los que sí lo han hecho no han abordado específicamente las particularidades de las víctimas menores de edad (1 AA, 1 TS, 2 TS, 6 AA, 8 TS), con las evidentes implicaciones que esto conlleva a la hora de atender sus necesidades a nivel asistencial. La carencia de formación en esta área se hace patente a través de las siguientes citas extraídas de las entrevistas:

- «La formación está enfocada para víctimas mayores de edad, entonces los menores siempre se nos acaban quedando los últimos de la lista» (1 AA).
- «Podría ser que en algún momento en alguna formación específica de TSH se haya tocado el tema de los menores, pero de forma holística te diría que no» (1 TS).

- «En las formaciones genéricas de TSH siempre se encuentra algún bloque de especial incidencia en menores de edad, pero no he recibido formación concreta» (2 TS).
- «Formación especializada en TSH menores de edad yo diría que no hemos recibido, pero se ha abordado el tema en alguna formación más transversal» (6 AA).
- «He hecho algunos cursos de formación transversal. Puede que alguien del equipo haya hecho algún curso más específico de TSH...» (8 TS).

b) Falta de recursos asistenciales adecuados: especial mención a la atención psicológica

Las necesidades de las víctimas de TSH menores de edad dependen de sus circunstancias personales, y por esta razón la asistencia que se les ofrece desde los recursos residenciales busca ajustarse a sus requerimientos en cada etapa de su minoría de edad. Aunque sus necesidades más básicas quedan cubiertas, en general no existen centros especializados que tengan en cuenta las singulares necesidades de este colectivo para llevar a cabo un proceso de recuperación completo y satisfactorio con cada uno de ellos —mucho menos si son MENA—. Por consiguiente, suelen acabar recibiendo una atención entre poco y nada diferenciada con respecto a la que reciben las víctimas adultas (1 TS, 2 AA, 2 TS, 4 TS, 5 AA, 5 TS, 8 TS), como se evidencia en los siguientes extractos de las entrevistas:

- «Falta mucho para hablar de servicios especializados...» (1 TS).
- «No hay centros especializados para menores víctimas de TSH que puedan acogerlos (...). ¿Qué hace que esto sea así? Pues, creo que se están abordando demasiadas cosas desde la DGAIA, y no es una crítica ni una justificación, pero hay que ponerlo todo en contexto» (2 AA).
- «Muchas veces acaban en recursos que no son los correctos (...). Personalmente, conozco un caso de un menor de edad que acabó en un recurso de acogida estatal de refugiados adultos, con lo cual no era el sitio adecuado para esta persona. Intentó suicidarse con 18 años y desapareció del programa estatal. A saber dónde acabó...» (2 TS).

- «Hay muy poquitos recursos especializados para atender a víctimas menores de edad, residencialmente me refiero. Claro, si son víctimas que las meten en un centro de menores con otros menores, eso puede ser peligroso para la víctima y para el resto de los menores que puedan haber allí (...). Faltan servicios adecuados y seguros para cada caso» (4 TS).
- «No tenemos conocimiento de centros especializados para atender a víctimas menores de edad» (5 AA).
- «Nos faltan más medios...» (5 TS)
- «Faltan recursos especializados...» (8 TS).

Solamente en los centros residenciales gestionados por una de las entidades del tercer sector a las que se ha tenido acceso para la constitución de la muestra de este estudio, el profesional entrevistado ha dado cuenta de una serie de recursos verdaderamente especializados para la atención de víctimas de TSH menores de edad (6 TS). En concreto, son estos tres: el primero, la presencia de terapeutas de centro, que son profesionales formados que intervienen específicamente en estos casos y son útiles para garantizar un entorno adecuado y seguro para el menor; el segundo, la incorporación de la figura del intérprete o mediador cultural, que es un profesional formado tanto en el ámbito lingüístico como en el social, cuyo fin es facilitar las interacciones entre los profesionales y las víctimas sobre todo en los primeros contactos; y, el tercero, la disponibilidad de un gabinete jurídico que intervenga en la realización de trámites burocráticos y otras gestiones, especialmente cuando involucran a terceros países de donde el menor es originario. A la importancia de estas tres figuras se refiere el profesional entrevistado que trabaja en dicha entidad:

- «Hacemos una intervención específica a través de la intervención terapéutica que tenemos en los centros, incorporando la figura del terapeuta de centro, que es una figura de intervención específica con estos menores. Todos los mecanismos son más funcionales, y me refiero a las diferencias con otros menores en relación con la seguridad, la identidad, la localización, etc.» (6 TS).

- «El intérprete o mediador cultural es para poder hacer las intervenciones iniciales con las lenguas de origen, que debería ser prescriptivo para todo el mundo porque a nosotros nos abre muchas puertas (...). Para nosotros es una salvación, al menos en los momentos iniciales» (6 TS).
- «Tenemos un gabinete jurídico que nos acompaña en el tema de los procedimientos, que para nosotros es muy importante también, y no solo para los profesionales, sino también para explicar a los mismos menores cuáles son sus derechos» (6 TS).

Uno de los desafíos más significativos se produce a la hora de afrontar la reconstrucción emocional de los menores, paso previo imprescindible antes de poder empezar a trabajar en su autonomía personal de cara al futuro. A su llegada al sistema de protección se evidencian múltiples afectaciones psicológicas que se manifiestan en las ya mencionadas actitudes de desconfianza y hermetismo hacia los profesionales (5 AA, 6 TS, 7 AA, 7 TS). En los casos más graves, pueden desarrollarse desequilibrios emocionales o trastornos mentales que les pueden llegar a acompañar durante un largo periodo de tiempo o incluso por el resto de sus vidas (1 AA, 2 AA, 3 TS, 4 TS, 5 AA, 7 AA, 7 TS, 8 TS), especialmente en las víctimas que han sido sometidas a explotación sexual (4 TS). Los siguientes extractos de las entrevistas ilustran estas repercusiones a nivel psicológico:

- «Todo lo que han vivido va sumándose a la carga emocional que llevan y esto influye en un resultado u otro a nivel de recuperación» (1 AA).
- «Esto les causa traumas para el futuro, porque en muchos aspectos se están formando como personas, están buscando su identidad personal, están tejiendo sus redes personales, y eso evidentemente les afecta de forma bastante considerable, más que si eres una persona adulta, cuando ya puedes tener más conocimiento y ya has formado tu carácter e identidad» (2 AA).
- «Venían todas con estrés postraumático, muy dañadas a nivel psicológico y sexual» (3 TS)

- «En el caso de la explotación sexual quedan marcadas para toda la vida, para todas las relaciones que vayan a tener en el futuro con sus parejas por el estrés postraumático, el sentimiento de desvanecimiento, humillación, culpa, vergüenza, etc.» (4 TS).
- «Arrastran traumas y carencias que las tendrán toda la vida, porque si esto te ocurre siendo muy joven, en la adolescencia, ya es algo que te marcará y que seguramente de adulto serás un desconfiado» (5 AA).
- «Quizás no se identifiquen como víctimas, pero su cuerpo sí. Llevan un estrés muy importante encima que hace que exploten o reaccionen de manera desmedida ante situaciones del día a día más o menos manejables para todos (...). Les cuesta mucho identificar toda la carga psicológica que llevan encima, lo que provoca estrés, frustración, rabia, etc.» (7 AA).
- «Hemos observado casos con estrés postraumático porque detectamos jóvenes con desequilibrios emocionales graves» (8 TS).

Si a las víctimas no se les ofrecen herramientas útiles y suficientes de apoyo psicológico, así como también el tiempo que necesiten para llevar a cabo un restablecimiento emocional completo, es inviable poder avanzar en otras áreas como la escolarización del menor o el trabajo de su relato como víctima de TSH a fin de que pueda afrontar un proceso judicial (1 TS, 6 TS, 7 AA), tal y como exponen los siguientes entrevistados:

- «De lo que nos hemos dado cuenta es que estas niñas, precisamente por el momento psicológico en el que se encuentran cuando están aquí, empieza a haber una investigación policial, empiezan a tomarles declaración, y la niña no es consciente de que se va a meter en un proceso judicial de TSH» (1 TS).
- «Hay momentos en que lo que menos nos interesa es la escolarización del menor porque estamos en pleno proceso de intervención y nos interesa centrarnos en esto, esperando un tiempo porque todavía no estamos en una situación adecuada para que vaya a la escuela» (6 TS).
- «Tenemos un sistema que no permite a las víctimas tranquilizarse, situarse y ver qué ha pasado, sino que las empuja a la emancipación precoz, que hace que entren en el sistema

de protección pensando más en el día que saldrán que en explorar qué ha pasado realmente (...). Las afectaciones psicológicas son indescriptibles; el apoyo hacia las víctimas cuando pasan por todo esto es prácticamente nulo...» (7 AA).

Como la existencia de recursos especializados en salud mental dirigidos a víctimas de TSH menores de edad es infrecuente en los centros donde se las acoge (5 AA, 5 TS, 7 AA, 8 TS), lo más habitual es que se acceda a ellos recurriendo a la contratación de profesionales por la vía privada o estableciendo colaboraciones con entidades del tercer sector que sí disponen de este tipo de medios (5 AA, 8 TS). A esto se refieren en estos pasajes de las entrevistas:

- «En caso de que se detecte TSH o haya sospechas, no tenemos apoyo psicológico especializado. Se puede trabajar con SICAR cat, CEAR o Cruz Roja, eso sí. Aparte de esto también se hacen otras cosas, pero son colaboraciones» (5 AA).
- «Deberían mejorarse los recursos destinados a la salud mental» (5 TS).
- «Faltan recursos de salud mental para explorar cada caso y ofrecer el apoyo que necesita cada víctima (...). Si eres un menor que ha tenido un proceso migratorio no demasiado traumático, lo que tenemos puede funcionar, pero no con otros casos más duros y traumáticos» (7 AA).
- «Por ejemplo, en el tema de la salud mental no existe un servicio especializado. El CSMIJ⁴² es el circuito ordinario para la población en general, que es el que usamos» (8 TS).
- «Sí, tenemos dificultades en el acompañamiento emocional y en el tema de la salud mental. Hay muy pocas ayudas y todo lo que tiene que ver con el tratamiento psicológico es por vía privada. Esta parte es muy complicada...» (8 TS).

⁴² El Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) es un servicio de la Red de Salud Mental del Servicio Catalán de la Salud formado por un equipo multidisciplinar de profesionales que brinda atención especializada en salud mental y asistencia psiquiátrica ambulatoria a niños y adolescentes hasta los 18 años. Más información en: <https://xtec.gencat.cat/ca/curriculum/diversitat-i-inclusio/xarxa-de-suports-a-leducacio-inclusiva/collaboracio-am-b-altres-departaments/serveis-datencio-a-la-infancia-i-ladollescencia/>

c) *La revictimización del sistema policial y judicial*

Según lo establecido en el art. 449 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim)⁴³, la autoridad judicial acordará, en todos los casos, practicar la audiencia del menor como prueba preconstituida para las personas que no han alcanzado los 14 años y tengan la condición de testigo en la instrucción de un proceso penal por el delito de TSH⁴⁴, por lo que su presencia en la vista no sería necesaria⁴⁵ —salvo en contadas ocasiones⁴⁶—. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas que llegan al sistema de protección tienen una edad cercana a los 18 años (1 AA, 6 TS, 7 AA, 7 TS, 8 TS), esta previsión legal no suele ser de aplicación. Esto responden los profesionales cuando se les pregunta por la edad aproximada de los menores a su llegada al sistema de protección:

- «En todos los casos la franja de edad estaba muy cercana a los dieciocho años» (1 AA).
- «Hemos tenido menores de 13 y 14 años, pero la mayoría son de 16 en adelante» (6 TS).
- «Suelen ser víctimas de 16 o 17 años documentalmente» (7 AA)
- «La gran mayoría de casos son entre 16 y 18 años» (7 TS).

⁴³ Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/rd/1882/09/14/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1882/09/14/(1)/con)

⁴⁴ Vid. art. 449 ter LECrim: «Cuando una persona menor de catorce años o una persona con discapacidad necesitada de especial protección deba intervenir en condición de testigo en un procedimiento judicial que tenga por objeto la instrucción de un delito de homicidio, lesiones, contra la libertad, contra la integridad moral, trata de seres humanos, contra la libertad e indemnidad sexuales, contra la intimidad, contra las relaciones familiares, relativos al ejercicio de derechos fundamentales y libertades públicas, de organizaciones y grupos criminales y terroristas y de terrorismo, la autoridad judicial acordará, en todo caso, practicar la audiencia del menor como prueba preconstituida, con todas las garantías de la práctica de prueba en el juicio oral y de conformidad con lo establecido en el artículo anterior. Este proceso se realizará con todas las garantías de accesibilidad y apoyos necesarios».

⁴⁵ Vid. art. 703 bis LECrim: «Cuando en fase de instrucción, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 449 bis y siguientes, se haya practicado como prueba preconstituida la declaración de un testigo, se procederá, a instancia de la parte interesada, a la reproducción en la vista de la grabación audiovisual, de conformidad con el artículo 730.2, sin que sea necesaria la presencia del testigo en la vista».

⁴⁶ Solamente de forma excepcional, la autoridad judicial podrá acordar la intervención del menor en el acto del juicio cuando «sea interesada por alguna de las partes y considerada necesaria en resolución motivada, asegurando que la grabación audiovisual cuenta con los apoyos de accesibilidad cuando el testigo sea una persona con discapacidad» (art. 703 bis LECrim). Por otra parte, la autoridad judicial también podrá acordar, a instancia de parte, la intervención del menor en la vista «cuando la prueba preconstituida no reúna todos los requisitos previstos en el artículo 449 bis y cause indefensión a alguna de las partes» (art. 703 bis LECrim).

- «Son jóvenes de 16 a 18 años» (8 TS).

Cabe mencionar que en los casos poco habituales que involucran a víctimas menores de 14 años sí se ha hecho uso de la prueba preconstituida (4 TS), como afirma esta entrevistada:

- «Sí, lo que hicimos son pruebas preconstituidas. Entonces, normalmente se suele hacer así para evitar la confrontación» (4 TS).

En lo que respecta a las víctimas menores de edad a partir de los 14 años, al no estar contempladas en el mencionado art. 449 LECrim, los entrevistados critican que la realización de la prueba preconstituida en estos casos es poco frecuente (2 AA, 3 TS, 6 TS):

- «Siempre lo pedimos, que cuando se explore a la víctima esto tenga ya fuerza ante el juzgado, que ya se considere como una prueba preconstituida, pero también te diré que no nos lo aceptan (...). Los jueces y magistrados, por lo común, siempre quieren escuchar a la víctima sin tener en cuenta que esto expone a estas chicas a revivir hechos traumáticos» (2 AA).
- «A la hora de la verdad, cuando tienen que enfrentarse a la declaración y las preguntas de los abogados, entonces no están nada protegidas. No hay protección a nivel psicológico y emocional» (3 TS).
- «Las víctimas deben pasar por todo el proceso: entrevista con la policía, con el psicólogo, con los profesionales del centro de acogida, el día del juicio, etc.» (6 TS).

Esto implica que los menores a partir de 14 años que aún no han alcanzado la mayoría de edad están expuestos al efecto revictimizador de las múltiples actuaciones que puedan surgir desde las instancias judiciales, viéndose obligados a atravesar el calvario de tener que relatar repetidamente sus traumáticas experiencias como víctimas de TSH ante distintos interlocutores (2, 4, 6 TS). De ello dan cuenta estos entrevistados:

- «Para la víctima es un calvario tener que declarar y denunciar, porque es la hora de revivir situaciones de angustia, el miedo, las represalias y demás» (2 TS).

- «Es decir, hay que hacer un trabajo más integral para no tener que revictimizar a las personas haciéndoles repetir 40 veces su historia de vida...» (4 TS).
- «La revictimización se produce durante todo el proceso. Por ejemplo, si hacemos un procedimiento de protección internacional por estas causas, pues tienen que explicar el mismo relato hasta 5 o 6 veces» (6 TS).

La cantidad de veces que los menores tienen que revivir sus experiencias traumáticas como víctimas de TSH ante varios actores suele acabar generando incoherencias e imprecisiones en sus relatos (4, 6 TS), según señalan algunos profesionales:

- «Ellos lo mezclan todo con la fantasía, no es como con un adulto que puedes centrarlo todo un poco más...» (4 TS)
- «En lo que sería concepción formal de un niño, la evidencia nos dice que en niños todo lo que no recuerdan lo complementan, y esto nos lleva a muchos problemas, porque los discursos desde el primer día que hablan con el policía hasta que llegan al juicio cambian (...). Esta redundancia sobre el mismo discurso a veces agota tanto a los chavales que acaban generando relatos que tienen muchas incoherencias» (6 TS).

Lo anterior tiene un impacto directo a nivel judicial, donde las inexactitudes y las contradicciones que cometen las víctimas en sus declaraciones a lo largo del periplo judicial hacen que el archivo de las causas sea una realidad habitual en los juzgados (2, 4, 6 TS), de acuerdo con lo que explican los siguientes entrevistados:

- «A nivel policial y judicial es muy frustrante... Entonces, claro, el sacrificio que tú le pides a la víctima no lo ves luego recompensado, y eres tú quien está frente a esta situación, por lo menos intentando protegerla, pero la que tiene que darle las malas noticias eres tú» (2 TS).
- «Vas a sede judicial y a lo mejor el relato que te dicen en un primer momento no es el mismo que te dicen después porque lo han vuelto a elaborar en sus cabezas, pero eso ya no lo dan por no válido» (4 TS).

Las víctimas que no tengan acceso a la práctica de la prueba preconstituida deberán declarar en sede judicial durante el acto del juicio oral a escasos metros de sus ofensores, lo que las expone a una clara situación de vulnerabilidad. Aunque la LECrim establece una serie de precauciones que persiguen mitigar los efectos perjudiciales que esta situación puede causar a los menores, como es la instalación de elementos físicos —biombos o mamparas— que eviten el contacto visual entre las víctimas y los ofensores, o proporcionarles acceso a la sala y al exterior por vías distintas —entre otras medidas⁴⁷—, con frecuencia se ha observado que son poco o nada eficaces para garantizar la seguridad y protección de los menores (1 AA, 2 AA, 3 TS, 4 TS, 6 TS)⁴⁸, y en ocasiones ni siquiera se recurre a su uso (1 TS). Tales extremos se incluyen de los siguientes fragmentos de las entrevistas:

- «No hubo durante el proceso penal ninguna diferenciación ni incremento o plus de protección por el hecho de ser víctimas menores de edad. No se ha tenido en cuenta la condición de menor para declarar» (1 AA).
- «No, no se tomaron medidas específicas contempladas actualmente para la protección de personas adultas ni tampoco las contempladas para menores» (1 TS).
- «Sí que están protegidas a nivel de testigo protegido, pero realmente eso es no poner su nombre en el expediente o entrar en la sala del juicio por un sitio diferente... Tienen muy poca protección» (3 TS).

⁴⁷ *Vid.* art. 707 LECrim: «Fuera de los casos previstos en el artículo 703 bis, cuando una persona menor de dieciocho años o una persona con discapacidad necesitada de especial protección deba intervenir en el acto del juicio, su declaración se llevará a cabo, cuando resulte necesario para impedir o reducir los perjuicios que para ella puedan derivar del desarrollo del proceso o de la práctica de la diligencia, evitando la confrontación visual con la persona inculpada. Con este fin podrá ser utilizado cualquier medio técnico que haga posible la práctica de esta prueba, incluyéndose la posibilidad de que los testigos puedan ser oídos sin estar presentes en la sala mediante la utilización de tecnologías de la comunicación accesible».

⁴⁸ Las medidas de protección establecidas en el art. 707 LECrim para la intervención de menores de edad en el acto del juicio no difieren de las que se prevén para las personas en edad adulta de acuerdo con lo dispuesto por el art. 25.2 de la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito: «Durante la fase de enjuiciamiento podrán ser adoptadas, conforme a lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, las siguientes medidas para la protección de las víctimas: a) Medidas que eviten el contacto visual entre la víctima y el supuesto autor de los hechos, incluso durante la práctica de la prueba, para lo cual podrá hacerse uso de tecnologías de la comunicación; b) Medidas para garantizar que la víctima pueda ser oída sin estar presente en la sala de vistas, mediante la utilización de tecnologías de la comunicación adecuadas». Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/04/27/4/con>

- «También te digo que el tema de la protección de las víctimas, tanto menores como adultas, en muchas ocasiones es muy precaria» (4 TS).
- «Entran por puertas diferentes, se pone un biombo e incluso a veces se les toma declaración en el despacho del secretario judicial y no directamente en la sala, pero ese día a la persona denunciada se le dice quién la ha denunciado y por qué está allí en sede judicial, ya que tiene derecho a saberlo. Todo lo que has podido proteger durante el proceso ese día se acaba, esto es así...» (6 TS).

Desde el momento en que las víctimas son identificadas por la policía, empieza la investigación criminal y se les toma declaración por agentes policiales que no suelen tener formación especializada en materia de TSH, y mucho menos en la atención de víctimas menores de edad (1 TS). Además, a veces incluso se las empuja a un proceso judicial sin que sean del todo conscientes del camino que van a tener que recorrer, en un momento en el que todavía ni han empezado a dar los primeros pasos en firme de su proceso de recuperación emocional (1, 3 TS). De hecho, la concesión del permiso de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales suele supeditarse a la colaboración de la víctima para los fines de la investigación criminal o el ejercicio de las acciones penales (4 TS)⁴⁹. De ello se quejan estos entrevistados:

- «Para mí, es incluso mucho más revictimizante y menos garantista la intervención que se hace con víctimas de TSH menores de edad que con víctimas adultas, porque tienen que pasar por todo un proceso de determinación de la edad en que se les hacen exploraciones físicas sin tener en cuenta su condición de víctimas. Les hacen entrevistas

⁴⁹ De acuerdo con el art. 59 bis, apartado 4, de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social: «La autoridad competente podrá declarar a la víctima exenta de responsabilidad administrativa y podrá facilitarle, a su elección, el retorno asistido a su país de procedencia o la autorización de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales cuando lo considere necesario a causa de su cooperación para los fines de investigación o de las acciones penales, o en atención a su situación personal, y facilidades para su integración social, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley. Asimismo, en tanto se resuelva el procedimiento de autorización de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales, se le podrá facilitar una autorización provisional de residencia y trabajo en los términos que se determinen reglamentariamente». Esto también es de aplicación para las víctimas menores de edad, si bien en estos casos debe «tenerse en cuenta la edad y madurez de éstas y, en todo caso, la prevalencia del interés superior del menor» (art. 59 bis, apartado 5, LO 4/2000). Puede consultarse el contenido de esta ley en el siguiente enlace: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>

con agentes policiales no especializados donde tienen que explicar toda la historia sin tener en cuenta sus necesidades, sin dejarles tiempo para restablecerse» (1 TS).

- «Se determina por la prueba de edad que son menores, y entonces nos vienen a nosotras con un proceso judicial ya abierto del que ellas no son las protagonistas de ninguna de las maneras porque ni siquiera son conscientes de dónde se están metiendo. Para mí hay una revictimización por violencia institucional muy grande, de verdad» (3 TS).
- «Ya nos dicen en sede judicial que el permiso de residencia y trabajo por circunstancias excepcionales para víctimas de TSH va ligado a la colaboración policial. Yo no he visto a ninguna víctima, y llevo más de 11 años en esto, con un permiso de residencia y trabajo por situación personal. No he visto a ninguna» (4 TS).

d) Barreras socioculturales

En relación con estas, el principal problema se produce cuando las víctimas que llegan al sistema de protección tienen una edad próxima a los 18 años, lo cual sucede en la mayoría de los casos según lo dispuesto en el apartado 3.2.3., letra c), de este documento. Esto es porque en estos casos el tiempo que les queda a los menores para integrarse y aprender nuestro idioma antes de poder conseguir una vivienda y trabajo para desarrollar una vida independiente como personas adultas es muy limitado (3, 4 AA). Así lo explican estos dos profesionales en los siguientes extractos recogidos de las entrevistas:

- «No es lo mismo que te llegue un joven migrante que se puede escolarizar, si llega con 14, 15 o incluso 16 años, porque es mucho más fácil el proceso evolutivo de aprendizaje, pero la lengua es un problema cuando llegan tarde» (3 AA).
- «El problema es que cuando dejan de ser menores tutelados pasan a ser inmigrantes, ya con otras luchas y dificultades, y es un paso que se produce de forma muy rápida. Puedes llegar con 17 años y en un año pasar de ser un menor protegido a una persona inmigrante en apuros, muchas veces para renovar la documentación, por ejemplo» (4 AA).

Este aspecto se torna especialmente crítico en situaciones en las que la víctima solo domina una lengua que es poco común, propia de comunidades muy concretas, tal y como se detalla en el apartado 3.1.2., letra b), de este documento.

Otra dificultad que se arrastra desde el primer contacto con el menor, y que también tiene su relevancia en la fase de intervención, es la falta de formación de los traductores en el ámbito social más allá de sus capacitaciones a nivel lingüístico, aspecto que también se ha abordado en el apartado 3.1.2., letra b), de este trabajo. Además, la traducción e interpretación no es un servicio de urgencia, por lo que no siempre está disponible en el momento necesario. Esto obliga a que, en algunas ocasiones, sean otras víctimas del mismo centro de menores quienes tengan que hacer de traductores de lenguas que conocen (6 AA). En este sentido, algunos centros incluso llaman a jóvenes que residieron allí cuando eran menores tutelados por la DGAIA para que les apoyen en tareas de traducción e interpretación a cambio de una ayuda económica (7 TS). En las líneas que vienen a continuación explican los profesionales esta circunstancia:

- «Muchas veces son los propios menores que hay en los recursos quienes nos han ayudado, alguien que habla su idioma y que lleva un tiempo aquí, y nos ha ayudado a entender algunas cosas, pero esto no es un recurso de la Administración, sino una casualidad que nos ha venido bien» (6 AA).
- «Cuando se emancipan continuamos teniendo una buena relación y les ofrezco la posibilidad de poder venir para ayudarnos a traducir, y yo les ayudo económicamente (...). Dentro de lo que es la intervención esto es muy positivo porque ellos han pasado por el mismo proceso» (7 TS).

En cuanto al proceso de adaptación e integración de los menores, cuesta bastante trabajar el tema de la educación sexual porque algunos de ellos muestran actitudes machistas, sobre todo teniendo en cuenta que los profesionales de la educación social son mayoritariamente mujeres, por lo que se trata de un colectivo marcadamente feminizado (3 AA). A este respecto se refiere la siguiente entrevistada:

- «Luego también hay rasgos culturales que son difíciles porque son diferentes a los nuestros. Por ejemplo, el tema del machismo, que son dos velocidades distintas. Nosotros estamos en una velocidad rápida, de sí es sí, y ellos muchas veces tienen un concepto equivocado de lo que significan las libertades. Este tema ya es complicado con gente de aquí, pues imagínate si vienes de según qué países... Además, somos un colectivo muy feminizado porque muchas educadoras somos chicas. Se está haciendo mucha formación y se incide bastante en este tema, eso sí» (3 AA).

e) Obstáculos para la obtención de documentación personal y otros problemas asociados

A pesar de tener concedido el permiso de residencia y trabajo, la mayoría de las víctimas que entran en el sistema de protección no tienen su documentación personal en regla. En algunos casos, es muy difícil conseguirla cuando se trata de víctimas que provienen de ciertos países, especialmente del continente africano, como es el caso de Nigeria o Burkina Faso (3 TS, 4 AA, 5 TS). Esto explican los entrevistados:

- «A la hora de asistirles, por ejemplo, es inviable con una niña nigeriana, porque a pesar de tener un permiso de residencia y trabajo, no se le puede abrir una cuenta bancaria. Esto es una realidad que tenemos con algunos países» (3 TS).
- «Los equipos saben cómo gestionar el tema de la documentación, pero esto según con qué nacionalidades puede ser más difícil...» (4 AA).
- «Lo de extranjería es una mierda porque me salen niños de Burkina Faso o cualquier país en conflicto y hasta que no encuentre una partida de nacimiento legalizada y apostillada el chaval no podrá tener documentación... Mientras sea menor y esté dentro paraguas de la DGAIA podrá ir tirando, pero es que no podemos identificar al chaval. ¿Cuándo viene el problema? Cuando llega a la mayoría de edad y esto no se ha solucionado... No puedes renovar el NIE, primero tienes que conseguirlo, y si no tienes el pasaporte en vigor no puedes renovar el NIE. Hay países de África donde la única forma de tramitar el pasaporte es ir allí presencialmente» (5 TS).

Además, la posibilidad de realizar trámites burocráticos se complica, como el de obtener una partida de nacimiento, abrir una cuenta bancaria o hacer un pasaporte (3, 4 TS), sobre todo con los consulados de algunos países con los que España ni siquiera tiene tratados internacionales en vigencia (3 TS), lo que inevitablemente afecta a la vida cotidiana del menor y condiciona de forma negativa su futuro en nuestro país (3, 8 TS):

- «El momento de hacer el pasaporte es un drama porque para poder pedir hora para hacer un pasaporte en el consulado nigeriano necesitas una tarjeta bancaria, que tampoco podemos conseguirla...» (3 TS).
- «A nivel de consulados no hay ningún convenio en absoluto con algunos países. No podemos abrir cuentas bancarias, y por lo tanto el futuro de esa niña, a pesar de tener por ley derechos que la asisten, no puede ejercerlos. Lógicamente, ¿cómo va a entrar a trabajar sin una cuenta bancaria?» (3 TS).
- «Deberíamos centrar esfuerzos sobre todo a nivel de documentación, es decir, que muchas niñas no pueden hacer su pasaporte, no pueden tener cuenta bancaria, etc., y todo esto impide que puedan llevar una vida normal» (3 TS).
- «Claro, cuesta mucho porque muchas veces tenemos que recurrir a origen para conseguir partidas de nacimiento y otra documentación cuando hay personas o familiares de su país de origen que están metidas en el ajo, así que nos cuesta bastante todo esto» (4 TS).
- «A veces nos derivan jóvenes que no tienen pasaporte o no tienen la documentación nacional de su país, y que además los diferentes consulados de algunos países nos ponen barreras para conseguir todo esto» (8 TS).

f) Obstáculos en la transición a una vida autosuficiente y la emancipación

Cuando las víctimas alcanzan la mayoría de edad o los 21 años en los casos en que se ha acordado una extensión de su permanencia en el sistema de protección, se espera que estén preparadas para vivir de manera independiente fuera de la tutela de la DGAIA. Es entonces

cuando tienen que afrontar una serie de nuevas dificultades que no tenían mientras estaban bajo el paraguas de la Administración pública.

El principal desafío que enfrentan al buscar su independencia es, en última instancia, el mismo que afecta a cualquier joven, ya sea víctima de TSH o no: la dificultad de encontrar un alojamiento asequible que se ajuste a sus ingresos. A pesar de haberse formado y tener empleo, les resulta sumamente complicado costear un alquiler, y aún más difícil adquirir una vivienda propia, especialmente en las áreas urbanas de alto coste donde los precios son aún más exorbitantes (5 TS, 6 AA, 7 AA, 7 TS, 8 TS). A esto se refieren algunos entrevistados en las siguientes líneas:

- «La edad de emancipación en España es a los 29,8 años, pero a ellos les pedimos que a partir de los 18 salgan. Si tienen la mala suerte de vivir en una ciudad como Barcelona, no podrán vivir nunca (...). Al final terminan en una situación de sinhogarismo» (5 TS).
- «Lo que también nos cuesta ahora es encontrar recursos habitacionales. Al final acaban alquilando habitaciones en pisos compartidos porque un piso no se lo pueden costear. Esto ya nos pasa con chicos de aquí, que no tienen esta mochila y tampoco encontramos pisos...» (6 AA).
- «Con la vivienda tenemos un problema muy bestia, pero esto ya es más a nivel de la sociedad» (7 AA).
- «Yo me centraría mucho en estos dos puntos: la falta de vivienda y la falta de recursos formativos» (7 TS).
- «Una gran dificultad es la habitacional. Hay un gran problema con el tema de la vivienda, y muchas veces nos encontramos con esta dificultad, que teniendo jóvenes muy preparados con contratos laborales indefinidos y un nivel de autonomía muy bueno, a la hora de desvincularse de nosotros y emanciparse tenemos la dificultad de que no se encuentren viviendas» (8 TS).

Asimismo, es fundamental tener en cuenta el estigma que algunos entrevistados mencionan, ya que impacta directamente sobre el colectivo MENA y podría perjudicar su futuro al crear

obstáculos adicionales en su camino para firmar un contrato de arrendamiento y acceder a una vivienda en alquiler (6 AA, 7 AA, 7 TS, 8 TS):

- «Las víctimas de TSH tienen más dificultades. Además, algunas personas no quieren alquilar a según quién, también es verdad, pero tenemos la suerte de que hay entidades que se hacen cargo del alquiler y después alquilan el piso por partes» (6 AA).
- «Hay un mayor hándicap, eso sí, con estos chavales por el tema del racismo, porque es muy difícil para ellos que les alquilen habitaciones por el simple hecho de ser de otro país» (7 AA).
- «Tienen grandes dificultades para la emancipación porque en nuestro país hay un gran racismo habitacional. Hemos intentado acompañar a jóvenes de 18 años con trabajo y ya podemos darles todo nuestro apoyo y las garantías que queramos, que si se llaman Mohamed directamente no les dejan ni la oportunidad...» (7 TS).
- «No encuentran alojamiento porque es caro, los precios son elevados, pero también pasa que las personas que alquilan no quieren que sus inquilinos sean MENA, no lo quieren» (8 TS).

Otro problema que enfrentan los menores es la escasez de oportunidades de formación que les permitan encaminar su futura carrera laboral (2 AA, 6 AA, 7 TS). De hecho, dependiendo del recurso habitacional donde residan y de la formación que quieran realizar, tendrán que estar desplazándose constantemente de un lugar a otro. Esto puede deberse a que no pueden encontrar los recursos formativos que buscan cerca de donde viven, o bien porque no es posible encontrarles una plaza en un centro o piso adecuado a sus necesidades que esté cerca del lugar donde tienen que ir a instruirse (6 AA). De ello dan cuenta los profesionales en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

- «Faltan recursos especializados dentro del sistema de protección (...). No hay suficientes recursos formativos para los menores» (2 AA).

- «Integramos a los menores en un municipio, aunque haría falta que pudieran permanecer en el mismo lugar, pero no todos los recursos son para todos. Tenemos una amalgama de perfiles y es difícil dar respuesta a todos porque cuesta mucho» (6 AA).
- «Yo me centraría mucho en estos dos puntos: la falta de vivienda y la falta de recursos formativos» (7 TS).

g) Irregular comunicación y coordinación entre los profesionales

La cantidad de agentes que intervienen en el circuito de atención a las víctimas de TSH menores de edad es muy elevada y multidisciplinar, lo que a veces resulta desbordante para los profesionales implicados (1 AA, 1 TS, 5 AA, 7 TS), tal y como relatan en estos fragmentos de las entrevistas:

- «Lo que pasa es que la coordinación al final no deja de ser un trabajo de hormiguita en el que debes tener muchos contactos (...). Muchas veces intervienen diferentes agentes y es responsabilidad de los profesionales es adaptarnos a las necesidades que tienen las víctimas» (1 AA).
- «Realmente sí que hemos hecho un ejercicio de hacer el mapa de con cuántos actores nos tenemos que coordinar, y son tantos que a veces tenemos la sensación de ser las secretarías de todo el mundo porque tenemos que estar contactando con todos ellos (...). Entonces, ahí dentro de cada circuito hay también millones de actores específicos con los que tenemos que interactuar, que haya cierta relación de confianza...» (1 TS).
- «La coordinación ya es difícil entre Administraciones del mismo país, así que imagínate si encima tienes que coordinarte con otros países... No lo estamos haciendo muy bien» (5 AA).
- «Lo que pasa es que hay tantos actores que trabajan en torno a esta realidad que a veces es complicado, porque también hay diferentes actores y diferentes puntos de vista, como también incidencia de políticas distintas detrás de cada uno de ellos» (7 TS).

Ante la gran cantidad de agentes que intervienen en el circuito de atención, existen en los distintos territorios una serie de proyectos y mesas de trabajo interinstitucionales con la

participación de diferentes actores —entidades del tercer sector, instituciones públicas, cuerpos policiales, Judicatura, Fiscalía, Abogacía, etc.— que se reúnen periódicamente con el fin de facilitar los mecanismos de seguimiento y coordinación de los casos (1 AA, 2 AA, 4 TS, 5 TS, 6 AA, 6 TS, 7 TS). A esto se refieren los entrevistados en los siguientes extractos de las entrevistas:

- «Nosotras en Barcelona tenemos una mesa interinstitucional contra la TSH, que sería como la cabeza o el paraguas que garantiza la coordinación con el resto de las instituciones. Es una mesa en la que están representados todos los actores que de alguna manera tienen competencias en la lucha contra la TSH» (1 AA).
- «Hay una mesa de coordinación entre la Generalitat, los cuerpos policiales, el Departamento de Derechos Sociales, la DGAIA, el Departamento de igualdad y Feminismos, la Subdelegación de Gobierno, etc.» (2 AA).
- «Por ejemplo, en Lleida formamos parte de una comisión en la que está el ayuntamiento, las fuerzas de seguridad y también otros organismos tanto públicos como privados que están con el tema de la prostitución y la TSH» (4 TS).
- «Nosotros hablamos cada día con los recursos, pero semestralmente hablamos de forma más institucional, se levanta un acta, etc.» (6 AA).
- «Tenemos una mesa sectorial que se reúne dos veces al año y en la que participan todos los agentes vinculados a esta realidad» (7 TS).

Por otro lado, también existen diferentes protocolos de actuación que se activan cuando tienen que coordinarse determinados actores (1 AA, 2 AA, 2 TS, 6 AA). Algunos ejemplos son los que relatan los siguientes entrevistados:

- «Estamos obligados a tener unos protocolos de actuación, y cuando se detectan casos los aplicamos. Entonces es cuando hacemos las coordinaciones, las derivaciones, y cuando ponemos en conocimiento los casos tanto a la Fiscalía como a los Mossos d'Esquadra. A nivel interno también tenemos protocolos de actuación para coordinarnos con las entidades correspondientes, que en este caso serían SICAR cat, o la CCAR en

cuestiones de casos que también tengan que ver con la fuga de países en conflicto, persecuciones, etc.» (2 AA).

- «Con los servicios sociales tenemos un protocolo de derivación» (2 TS).
- «Utilizamos el protocolo MENA, que es el protocolo del año 2014, y este mismo protocolo hace referencia ya al Protocolo Marco de protección de las víctimas de TSH del año 2011. Tenemos estos dos protocolos. Sé que el cuerpo de Mossos tiene alguno más, como el de matrimonios forzados. Tenemos también la recomendación del Síndic de Greuges de cómo tratar estos casos, que no es exactamente de TSH, sino más global, pero también en un punto se habla de esta vulnerabilidad de las víctimas de TSH» (6 AA).

A pesar de lo anterior, algunos entrevistados reconocen que los mecanismos de coordinación interinstitucionales son poco específicos en materia de TSH (2 AA), cuando no inexistentes, ineficaces, lentos e incluso cosméticos (1 AA, 1 TS, 4 TS, 5 AA, 6 TS, 7 AA):

- «No hay esa coordinación y no se ha dado esa interacción, ese ajuste...» (1 TS)
- «Creo que es una mesa a nivel territorial para detectar casos de víctimas de delincuencia, y entre esta delincuencia encajaría también para tratar casos de TSH. (...). Creo que estas mesas territoriales deben hacerse más específicas para la TSH si se cree que están habiendo muchos casos en la infancia y la adolescencia» (2 AA).
- «Te llaman y te dicen esto o lo otro, y así nos coordinamos. Si, por ejemplo, la víctima va a otro sitio, nos llamamos. Llamas a la entidad y le dices que va a venir tal persona, que le he pasado tu contacto por si te llama, que será por esto o por esto otro, pero no es algo que esté previsto a nivel formal...» (4 TS).
- «Un caso reciente es el de chico que se nos ha descompensado psicológicamente porque es como una pelota que va de aquí para allá. Al final ha colapsado... Hace falta mejor coordinación. No se culpa de nadie, pero si fuésemos más ágiles...» (5 AA).
- «Es decir, cuando todo ha fracasado, se monta esa mesa para hacer algo» (7 AA).

Los actores con quienes los entrevistados afirman tener mayores problemas a nivel comunicativo y de coordinación son diversos. Por un lado, con los cuerpos policiales el contacto suele ser asiduo y fluido (3 AA, 3 TS, 5 TS, 7 AA), pero en ocasiones más bien para trámites y gestiones de formalidad procedimental que a nivel de intervención (1 TS, 7 AA). Además, falta mayor especialización y sensibilización en materia de TSH menores de edad (1 TS, 2 TS, 3 TS, 5 TS). En las siguientes líneas se exponen algunas de las opiniones de los entrevistados en este sentido:

- «Faltan cuerpos policiales especializados, en nuestro caso Mossos especializados en menores, que yo creo que estas figuras clave deberían de, realmente, estar asentadas ya (...). Habría que ver si formar en temas de minoría de edad para atender a este colectivo especialmente vulnerable a las unidades especializadas en TSH, o bien formar en materia de TSH a las unidades especializadas en menores de la policía» (1 TS).
- «No es fácil que haya relaciones de confianza, especialmente con actores como cuerpos policiales...» (1 TS).
- «Desafortunadamente, la mentalidad policiaca va como tres siglos atrás con respecto a las entidades que trabajamos directamente con las víctimas...» (2 TS).
- «Tenemos una coordinación fluida con los Mossos, la Policía Nacional, etc.» (3 AA).
- «También nos coordinamos con la UCRIF⁵⁰, con los interlocutores sociales de la Policía Nacional, con los que la coordinación es maravillosa. Con los Mossos d'Esquadra también nos hemos coordinado, pero ha sido más difícil porque el cuerpo de los Mossos desconoce mucho más este problema» (3 TS).
- «Hay una fluidez salvaje con los Mossos y muy bien. Lo que les falta es más formación y más personal» (5 TS).
- «Por ejemplo, con los Mossos tenemos una relación más fluida, pero básicamente por tema de centros o trámites documentales. A la hora de realizar gestiones de intervención,

⁵⁰ La Unidad Central de Redes de Inmigración Ilegal y Falsedades Documentales (UCRIF) de la Policía Nacional se encarga de la investigación de las actividades delictivas, de ámbitos nacional y transnacional, relacionadas con la TSH y otros delitos. Más información en: https://www.policia.es/_es/tupolicia_conocenos_estructura_dao_cgex_tranjeriayfronteras.php

aquí nos cuesta más. Lo acabamos consiguiendo, pero no es una respuesta rápida. Los Mossos son más cuadrículados con todo y nosotros necesitamos una actuación más inmediata» (7 AA).

Por otro lado, en lo que respecta a la Fiscalía y la Judicatura, ni la comunicación ni la coordinación suelen ser las adecuadas. Estas deficiencias se deben en parte a la falta de sensibilización y capacitación en la materia, así como a la lentitud en el funcionamiento de la Administración de Justicia (2 TS, 3 TS, 4 TS, 5 AA, 5 TS). De todo ello se da cuenta en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

- «La mayor dificultad se encuentra, básicamente, con los juzgados y la Fiscalía» (2 TS).
- «Solo tuvimos trato con la Fiscalía y la Judicatura una vez y fue muy terrible» (3 TS).
- «Hemos tenido contacto con la Fiscalía y la Judicatura, pero pensamos que también se tendrían que formar, así de claro te lo digo» (4 TS).
- «Cuando tocas la parte judicial es cuando realmente existen las dificultades para actuar, con Fiscalía y Judicatura (...). Cinco o seis meses para la Administración de Justicia no son nada, pero para una niña tan pequeña que nada entiende es mucho tiempo...» (5 AA).
- «Se debe mejorar la coordinación con la Administración, con la DGAIA. La DGAIA debe reforzarse mucho más porque no cumple los plazos y sus prestaciones. Los jóvenes hacen todos los trámites que dice la ley, pero la Administración tarda 9 meses en realizar una resolución para que puedan cobrar una prestación económica; esto cumpliendo todos los requisitos» (5 TS).

Los territorios donde mejor funciona la comunicación y coordinación entre los agentes que intervienen en el circuito de atención suelen ser los más pequeños y menos poblados, ya que la cantidad de casos es menor y los actores tienen mayor facilidad para construir relaciones de confianza y formas de actuación más flexibles y poco protocolizadas (4 AA, 5 AA, 6 AA, 7 TS). Así lo expresan varios entrevistados:

- «Nuestro territorio es pequeño y todo bien» (4 AA).

- «Tarragona es una provincia pequeña. Es verdad que nos ha costado muchos años, pero realmente hemos conseguido establecer un circuito que va fluido, que se puede coordinar muy bien» (5 AA).
- «Hay algo que a veces puede ser bueno y otras veces no tanto, y es que Lleida es pequeña y nos la conocemos todos. Solo con que hayas ido a tres mesas de trabajo de protección de algo, las personas que ves muchas veces son las mismas» (6 AA).
- «En la Garrotxa la coordinación funciona muy bien (...). Que es un sitio pequeño y esto puede ser un indicador que pueda explicar parte del porqué, pues sí, pero pienso que hay otro indicador, que es la voluntad» (7 TS).

Sin embargo, las dificultades surgen cuando dichos actores deben establecer contacto con otros nuevos o con algunos que se encuentran fuera de su territorio, pues la manera de trabajar es diferente en cada lugar (1 AA, 6 AA, 6 TS, 7 AA). A esta preocupante situación se hace referencia en los siguientes extractos de las entrevistas:

- «Es un grave problema porque a la que quieres hacer cualquier circuito, escribirlo, dejarlo estipulado y tal, hay muchísimas discrepancias y acaba basándose en la confianza que tienes con un interlocutor o con otro, y cuando el interlocutor cambia, te cambia el protocolo y las formas de hacer, por lo que lo que habías conseguido por un lado te lo desmontan por el otro» (1 AA).
- «Una vez activados los mecanismos se van haciendo reuniones del tema, pero mientras no se activen no hay seguimiento, sino que dependemos de la llamada de teléfono de unos y otros» (6 AA).
- «La buena comunicación no debería depender del buen entendimiento personal entre los profesionales (...). La coordinación debería estar más reglada, independientemente de la relación entre los profesionales» (6 TS).
- «No hay un sistema de coordinación que funcione. Aquí en Girona te coordinas con los profesionales que sabes que tienen ganas de hacer cosas o con profesionales que sabes que trabajan bien, pero si tengo un problema de un chico que me ha aparecido en Amposta o Lleida, suerte para coordinarte con alguien que sepa trabajar de la misma

manera que nosotros... Cataluña es muy pequeña, pero trabajamos de forma tan distinta en cada provincia que es algo increíble. Muy mal esto» (7 AA).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Recapitulación sobre los resultados

Esta investigación persigue la consecución de tres objetivos. Los resultados hasta ahora expuestos han permitido conocer el funcionamiento y las dinámicas del sistema de protección de las víctimas de TSH menores de edad en Cataluña, que constituye el primer objetivo de este estudio. Además, basándonos en la experiencia de los profesionales entrevistados se han identificado una serie de deficiencias en el sistema de protección actual que obstaculizan una atención más eficaz y adecuada de los supervivientes, de conformidad con el segundo objetivo de la investigación.

Si bien los resultados de este estudio se basan en los datos aportados por una muestra limitada de profesionales entrevistados, esta ha sido suficiente para alcanzar los objetivos y las expectativas iniciales de la investigación. Esto se debe a las siguientes cuatro razones: la primera, porque este trabajo se circunscribe de forma concreta al territorio catalán; la segunda, porque la selección de la muestra se ha llevado a cabo considerando la participación de profesionales con perfiles distintos y variados dentro del ámbito social; la tercera, porque se han escogido profesionales que desarrollan su actividad laboral en diferentes niveles, tanto en la DGAIA —7 entrevistados— como en entidades del tercer sector —8 entrevistados—; y, la cuarta, porque la muestra también tiene en cuenta criterios sociales y geográficos al incluir a profesionales de las cuatro provincias catalanas.

Con todo, los resultados obtenidos deben tomarse con cautela, atendiendo a las dimensiones de la muestra con la que se ha trabajado. No obstante, es de esperar que los problemas identificados en este estudio con respecto al funcionamiento del sistema de protección catalán trasciendan más allá de este ámbito territorial.

En lo concerniente a las dificultades detectadas, la mayoría de los profesionales entrevistados —tanto del ámbito administrativo como del tercer sector— coinciden en que existe un grave problema de infradetección de posibles casos. Además, son particularmente los profesionales del tercer sector quienes critican de forma más intensa el funcionamiento del sistema de protección en lo que se refiere al modelo asistencial. Esto es lógico si se tiene en cuenta que a ellos se les cede mayoritariamente la guarda y custodia de las víctimas, lo que les proporciona un contacto directo y frecuente con los menores. Como resultado, poseen un conocimiento más profundo de los desafíos que existen en la actualidad al intentar brindarles una asistencia adecuada a sus necesidades.

El sistema de atención a las víctimas debe entenderse como un conjunto amplio e interconectado, como un *continuum* o *spectrum* (Schwarz et al., 2019; Villacampa 2022b), en que los profesionales desarrollan un papel crucial. Partiendo de esta idea, la no resolución de las dificultades encontradas en la fase de detección puede producir un efecto bola de nieve durante todo el proceso de atención a las víctimas, añadiéndose ulteriores problemas, que son los propios de la fase de asistencia e intervención. Como resultado de esto, existe el riesgo de comprometer el restablecimiento y la recuperación emocional de los supervivientes, así como también su camino hacia la autosuficiencia y autonomía personal como personas adultas en un futuro.

Precisamente con la finalidad de cumplir con el tercer objetivo de la investigación emprendida, y también para evitar el indeseado efecto arrastre mencionado, en los siguientes epígrafes se propone la adopción de medidas orientadas, primero, a superar los obstáculos identificados ya en la fase de detección, pasando a sugerir después las que pueden adoptarse para superar los originados propiamente en la fase de asistencia e intervención.

4.2. Propuestas de mejora para la superación de las dificultades encontradas

4.2.1. Propuestas referidas al conjunto del sistema de atención a las víctimas

Es imprescindible que la formación recibida por los profesionales que trabajan en el sistema de protección sea especializada en TSH menores de edad para conseguir mejores resultados a lo

largo de todo el proceso de atención a las víctimas (Cunha et al., 2019; Hounmenou, 2012; Martinho et al., 2020; Rafferty, 2013, 2018; Scarpa, 2005; Schwarz et al., 2019; Stanley et al., 2016). Además, sería recomendable que, aparte del aprendizaje a nivel teórico, hubiera también continuidad y seguimiento en el apartado práctico. En este sentido, resultaría interesante plantear la posibilidad de que los instructores se integren en los equipos de trabajo durante un tiempo, tanto para resolver las dudas de los profesionales en su día a día como para evaluar la correcta aplicación de los conocimientos adquiridos, porque de otro modo no es posible examinar el impacto de estas medidas (Barnert et al., 2016; Cunha et al., 2019; Rafferty, 2008). Por otro lado, es necesario que los agentes sociales que mantienen un contacto habitual con menores de edad, como personal médico o del sector educativo, tengan una formación básica en la detección de posibles casos para que puedan dar la alarma ante situaciones sospechosas (Dovydaytis, 2010; Fraley et al., 2017; Hadjipanayis et al., 2018; Leopardi et al., 2020; Rafferty, 2008; Schwarz et al., 2019).

En referencia a la detección directa a pie de calle, que es la gran olvidada por parte de la DGAIA, es necesario que se dediquen más recursos para poder disponer de unidades móviles de profesionales formados que puedan trabajar sobre el terreno en colaboración con entidades del tercer sector que también lleven a cabo tareas de detección en primera línea. Adoptar esta actitud mucho más proactiva es esencial debido a diferentes factores característicos de la TSH menores de edad que dificultan notablemente la detección de posibles casos. En concreto, esto se debe a que las víctimas suelen tener miedo a las previsibles represalias de sus tratantes en caso de que fracasen en su intento de huida, pues viven bajo sus amenazas (Hughes y Denisova, 2001; Jordan et al., 2013; Rigby, 2011; Warria et al., 2015). Por otro lado, muestran una actitud de desconfianza hacia la policía (Rigby, 2011; Warria et al., 2015), sobre todo las víctimas que proceden de países donde han podido experimentar los efectos de la corrupción policial (Bales, 2004), mientras que otras veces simplemente temen no ser reconocidas como tales y tener que enfrentarse a posibles arrestos o deportaciones (Jordan et al., 2013; Rafferty, 2008; Warria et al., 2015). Además, en ocasiones ni siquiera son capaces de reconocer su propia situación de

explotación, por lo que acaban normalizándola e incluso llegan a desarrollar vínculos psicológicos con sus ofensores (Bales, 2004; Rigby, 2011; West, 2016).

En lo que se refiere a la protección de los menores a su paso por el sistema policial y judicial, de nuevo la formación especializada de los profesionales es un aspecto fundamental pendiente de mejora (Villacampa y Torres, 2017). En este sentido, sería oportuno que los miembros de los cuerpos policiales se instruyeran poniendo el foco en la detección de posibles casos (Warria et al., 2015), pues ellos son la puerta de entrada principal de las víctimas al sistema de protección, y sobre esta base se ha evidenciado que cuanto más aprenden mayor capacidad de detección adquieren (Barnert et al., 2016; Farrell et al., 2010, 2015; Rafferty, 2013; Renzetti et al., 2015).

Por lo que corresponde a los actores del sistema criminal, en su caso debería incidirse en la formación basada en la sensibilización de las circunstancias y características personales de las víctimas para evitar su revictimización durante el proceso penal (Martinho et al., 2020; UNICEF, 2006), más allá del conocimiento del fenómeno criminal que a nivel jurídico ya se les presupone como técnicos del ámbito del Derecho. En suma, la aproximación a una perspectiva victimocéntrica de la TSH dirigida a los profesionales del sistema judicial podría ayudar a normalizar el uso de la prueba testifical preconstituida independientemente del tipo de explotación sufrida por los supervivientes (Jordan et al., 2013; UNICEF, 2006), superando así el tradicional sesgo hacia las víctimas del sexo femenino sometidas a explotación sexual (Villacampa y Torres, 2021; Villacampa y Torres, 2016).

Por último, también debe impulsarse la cooperación interdisciplinar entre los actores implicados en el proceso de atención a las víctimas (Davy, 2014; Dovydaitis, 2010; Martinho et al., 2020; Rafferty, 2013), así como también la coordinación y la comunicación entre equipos multidisciplinares adaptándose a las características de cada territorio a través de circuitos más sencillos, reglados y funcionales (Greenbaum, 2017; Macias Konstantopoulos et al., 2013). En este sentido, resultaría pertinente fomentar la participación recurrente o la inclusión definitiva en las mesas de trabajo interinstitucionales de aquellos actores con los que los profesionales del

ámbito social tienen menor interacción; esto es, con la Fiscalía y la Judicatura. Además, para facilitar la agilidad y fluidez del sistema de protección, todos los actores implicados deberían tener acceso directo a una base de datos actualizada con los contactos de aquellos enlaces que sean de interés para el desempeño de su actividad profesional diaria.

4.2.2. Propuestas relativas a la fase de asistencia e intervención en los centros de menores

Los resultados de este estudio han permitido identificar diversas dificultades que afectan negativamente a la capacidad de poder brindar una asistencia adecuada a las víctimas de TSH menores de edad por parte del sistema de protección. A continuación, se detallarán una serie de medidas dirigidas a resolver los problemas encontrados en esta fase, sin entrar a abordar los que exceden significativamente del ámbito de actuación de la DGAIA con arreglo a sus competencias.

En todos los centros de menores deberían incorporarse una serie de figuras profesionales que en la actualidad solo son opcionales y no están presentes en casi ninguno de ellos, pero que en caso de ser prescriptivas contribuirían a solucionar buena parte de las carencias identificadas en estos recursos residenciales, dando respuesta a las necesidades específicas de las víctimas. En concreto, son las siguientes:

- i. Terapeutas de centro: profesionales formados específicamente para intervenir con este tipo de víctimas al estar especializados en garantizar entornos de confianza, adecuados y seguros para que los menores lleven a cabo un exitoso proceso de recuperación (Mitchels, 2004; Rigby, 2011).
- ii. Intérprete o mediador cultural: actor formado a nivel lingüístico y en el ámbito social que agiliza las interacciones entre los profesionales y las víctimas, sobre todo en los primeros contactos con ellas porque es cuando más les cuesta expresarse y comunicarse con terceras personas. Esta situación tiene su origen tanto en la existencia de diversas barreras socioculturales (Mitchels, 2004; Pocock et al., 2018; Rigby, 2011), como en la dificultad que ciertos menores enfrentan a la hora de reconocer su propia situación de

explotación y su condición como víctimas de TSH (Bales, 2004; Rigby, 2011; West, 2016).

- iii. Psicólogo especializado: profesional del ámbito de la salud mental con formación específica para intervenir en los casos de menores de edad víctimas de TSH. Su principal objetivo es dar respuesta a los desafiantes retos que plantea la reconstrucción emocional de los supervivientes antes de poder empezar a trabajar en su recorrido hacia la autosuficiencia y autonomía personal (Chung, 2009; Dovydaitis, 2010; Jordan et al., 2013; Mitchels, 2004; Pocock et al., 2018; Rafferty, 2008, 2013; Rigby, 2011; Scarpa, 2005; Stanley et al., 2016; Warria et al., 2015; Zimmerman et al., 2011). Para los centros que actualmente no dispongan de esta figura profesional o que temporalmente no puedan ofrecer un tratamiento adecuado a todas las víctimas debido a una situación de colapso, sería apropiado fortalecer la funcionalidad y especialización del servicio sanitario ofrecido por el CSMIJ en materia de TSH menores edad.
- iv. Jurista especializado: profesional del ámbito jurídico formado en materia de extranjería y menores de edad indocumentados. Su labor principal es la de ofrecer apoyo y asesoramiento legal a los trabajadores sociales de los centros de menores para poder brindar a los supervivientes el reconocimiento de su estatus normativo como víctimas de TSH, facilitándoles el acceso a los recursos que sean más adecuados para atender sus necesidades (Martinho et al., 2020; Mitchels, 2004; UNODC, 2013).

Para poder garantizar la existencia de los servicios y recursos necesarios para las víctimas, es necesario un mayor esfuerzo por parte de las Administraciones públicas competentes. En este sentido, el Ministerio del Interior publicó el Plan Estratégico Nacional contra la Trata y la Explotación de Seres Humanos 2021-2023 (CITCO, 2023), que estaba previsto en la Estrategia Nacional contra el Crimen Organizado y la Delincuencia Grave (2019-23) aprobada en febrero

de 2019 por el Consejo de Seguridad Nacional⁵¹. Entre las líneas de acción incorporadas en este plan, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, destaca la necesidad de «Promover la creación de recursos especializados para víctimas de trata menores de edad en todas las Comunidades Autónomas» (línea de acción 2.3.E.), así como «Promover la creación de un fondo económico para la asignación de recursos específicos para la atención especializada y la protección de todas las víctimas» (línea de acción 2.4.D.).

5. BIBLIOGRAFÍA

Bales, K. (2004). «Slavery and the human right to evil». *Journal of Human Rights*, 3(1), 55–65.

Barnert, E. S., Abrams, S., Azzi, V. F., Ryan, G., Brook, R. y Chung, P. J. (2016). «Identifying best practices for "Safe Harbor" legislation to protect child sex trafficking victims: Decriminalization alone is not sufficient». *Child Abuse & Neglect*, 51, 249–262.

Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO): *Plan Estratégico Nacional contra la Trata y la Explotación de Seres Humanos 2021-2023*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2021/220112_Plan_nacional_TSH_PENTRA_FINAL_2021_2023.pdf

Chung, R. C.-Y. (2009). «Cultural perspectives on child trafficking, human rights & social justice: A model for psychologists». *Counselling Psychology Quarterly*, 22(1), 85–96.

Cockbain, E. y Olver, K. (2019). Child Trafficking: Characteristics, Complexities, and Challenges. En I. Bryce, Y. Robinson y W. Petherick (Eds.), *Child Abuse and Neglect: Forensic Issues in Evidence, Impact and Management* (pp. 95-116). Elsevier.

⁵¹ Vid. Orden PCI/161/2019, de 21 de febrero, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Seguridad Nacional, por el que se aprueba la Estrategia Nacional contra el Crimen Organizado y la Delincuencia Grave. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2019/02/21/pci161>

Cunha, A., Gonçalves, M. y Matos, M. (2019). «Knowledge of Trafficking in Human Beings among Portuguese Social Services and Justice Professionals». *European Journal on Criminal Policy and Research*, 25(4), 469–488.

Davy, D. (2014). «Understanding the complexities of responding to child sex trafficking in Thailand and Cambodia». *International Journal of Sociology and Social Policy*, 34(11/12), 793–816.

Dirección General de Atención a la infancia y la Adolescencia (DGAIA). (2017). *Mapa de Recursos y Servicios de la Dirección General de Atención a la infancia y la Adolescencia (DGAIA)*. Barcelona: Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Recuperado de: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/Mapa_Recursos_2016.pdf

Dirección General de Atención a la infancia y la Adolescencia (DGAIA). (2021). *Plan estratégico de Servicios Sociales 2021-2024*. Barcelona: Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Recuperado de: https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/11serveis_socials/pla_estrategic_serveis_socials_2021_2024/Pla-estrategic_2023.pdf

Dovydaitis, T. (2010). «Human Trafficking: The Role of the Health Care Provider». *J Midwifery Womens Health*, 55(5), 462–467.

European Commission-Migration and Home Affairs. (2020). *Data collection on trafficking in human beings in the EU*. Luxembourg: Publications of the European Union. Recuperado de: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5b93c49f-12a0-11eb-9a54-01aa75ed71a1>

Farrell, A., McDevitt, J. y Fahy, S. (2010). «Where are all the victims?: Understanding the determinants of official identification of human trafficking incidents». *Criminology & Public Policy*, 9(2), 201–233.

- Farrell, A., Pfeffer, R. y Bright, K. (2015). «Police perceptions of human trafficking». *Journal of Crime and Justice*, 38(3), 315–333.
- Fazel, M. y Stein, A. (2022). «The mental health of refugee children». *Arch Dis Child*, 87(5), 366-370.
- Fernández García, B. (2010). «Menores no acompañados de la vulnerabilidad social a la invisibilidad institucional». *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (48), 145–153.
- Fraleay, H. E., Aronowitz, T. y Jones, E. J. (2017). «School Nurses' Awareness and Attitudes Toward Commercial Sexual Exploitation of Children». *Advances in Nursing Science*, 41(2), 118–136.
- García de Diego, M. J. (2010). «"Bajo el casco de Hades": menores migrantes no acompañadas como posibles víctimas de trata y su triple invisibilización». *Migraciones*, (28), 193–223.
- Greenbaum, V. J. (2017). «Child sex trafficking in the United States: Challenges for the healthcare provider». *PLOS Medicine*, 14(11), 1-8.
- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA). (2016). *5th General Report on GRETA's Activities*. Recuperado de: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168063093c>
- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA). (2017). *6th General Report on GRETA's Activities*. Recuperado de: <https://rm.coe.int/1680706a42>
- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA). (2021). *10th General Report on GRETA's Activities*. Recuperado de: <https://rm.coe.int/10th-general-report-greta-activities-en/1680a21620>
- Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA). (2022). *11th General Report on GRETA's Activities*. Recuperado de: <https://rm.coe.int/greta-11th-general-report-of-activities-2022-en/1680a72bb8>

Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA). (2023). *12th General Report*. Recuperado de: <https://rm.coe.int/12th-general-report-on-greta-activities-covering-the-period-from-1-jan/1680ab9868>

Hadjipanayis, A., Crawley, F. P., Stiris, T., Neubauer, D. y Michaud, P. A. (2018). «Child trafficking in Europe: What is the paediatrician's role? A statement by the European Academy of Paediatrics». *European Journal of Pediatrics*, 177(9), 1419-1423.

Hodge, D. R. (2014). «Assisting Victims of Human Trafficking: Strategies to Facilitate Identification, Exit from Trafficking, and the Restoration of Wellness». *Social Work*, 59(2), 111–118.

Hounmenou, C. (2012). «Human Services Professionals' Awareness of Human Trafficking». *Journal of Policy Practice*, 11(3), 192–206.

Hughes, D. M., & Denisova, T. A. (2001). «The transnational political criminal nexus or trafficking in women from Ukraine». *Trends in Organized Crime*, 6(3–4), 43–67.

Jordan, J., Patel, B. y Rapp, L. (2013). «Domestic Minor Sex Trafficking: A Social Work Perspective on Misidentification, Victims, Buyers, Traffickers, Treatment, and Reform of Current Practice». *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(3), 356–369.

Leopardi, N. M., Hovde, A. M. y Kullmann, L. V. (2020). «The Intersection of Child Trafficking and Health Care». *Pediatric Clinics of North America*, 67(2), 413–423.

Macias Konstantopoulos, W., Ahn, R., Alpert, E. J., Cafferty, E., McGahan, A., Williams, T. P., Castor, J. P., Wolferstan, N., Purcell, G. y Burke, T. F. (2013). «An International Comparative Public Health Analysis of Sex Trafficking of Women and Girls in Eight Cities: Achieving a More Effective Health Sector Response». *Journal of Urban Health*, 90(6), 1194–1204.

Martinho, G., Gonçalves, M. y Matos, M. (2020). «Child trafficking, comprehensive needs and professional practices: A systematic review». *Children and Youth Services Review*, 119, 1–16.

Mitchell, F. (2003). «The social services response to unaccompanied children in England». *Child and Family Social Work*, 8(3), 179–189.

Mitchels, B. (2004). *Let's Talk: Developing effective communication with child victims of abuse and human trafficking. A practical handbook for social workers, police and other professionals.*

United Nation Children's Fund (UNICEF). Recuperado de: https://childhub.org/sites/default/files/library/attachments/87_172_EN_original.pdf

O'Connell Davidson, J. (2011). «Moving children? Child trafficking, child migration, and child rights». *Critical Social Policy*, 31(3), 454–477.

Obokata, T. (2005). «Trafficking of Human Beings as a Crime against Humanity: Some Implications for the International Legal System». *The International and Comparative Law Quarterly*, 54(2), 445–457.

Pocock, N. S., Tadee, R., Tharawan, K., Rongrongmuang, W., Dickson, B., Suos, S., Kiss, L. y Zimmerman, C. (2018). «“Because if we talk about health issues first, it is easier to talk about human trafficking”; findings from a mixed methods study on health needs and service provision among migrant and trafficked fishermen in the Mekong». *Globalization and Health*, 14(1), 1-19.

Rafferty, Y. (2008). «The Impact of Trafficking on Children: Psychological and Social Policy Perspectives». *Child Dev Perspectives*, 2(1), 13-18.

Rafferty, Y. (2013). «Child trafficking and commercial sexual exploitation: A review of promising prevention policies and programs». *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 559–575.

Rafferty, Y. (2018). «Mental health services as a vital component of psychosocial recovery for victims of child trafficking for commercial sexual exploitation». *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(3), 249-260.

Renzetti, C. M., Bush, A., Castellanos, M. y Hunt, G. (2015). «Does training make a difference? An evaluation of a specialized human trafficking training module for law enforcement officers». *Journal of Crime and Justice*, 38(3), 334–350.

Rigby, P. (2011). «Separated and Trafficked Children: The Challenges for Child Protection Professionals». *Child Abuse Review*, 20(5), 324-340.

Rubin, H. J. y Rubin, I. S. (2011). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (3rd edition). Sage Publications.

Save the Children. (2016). *Infancias invisibles*. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/infancias-invisibles-ninos-migrantes-refugiados-trata-save-the-children.pdf>

Scarpa, S. (2005). «Child trafficking: the worst face of the world». *Global Migration Perspectives*, (40). Recuperado de: <https://www.refworld.org/docid/435f84234.html>

Schwarz, C., Alvord, D., Daley, D., Ramaswamy, M., Rauscher, E. y Britton, H. (2019). «The Trafficking Continuum: Service Providers' Perspectives on Vulnerability, Exploitation, and Trafficking». *Affilia*, 34(1), 116–132.

Stanley, N., Oram, S., Jakobowitz, S., Westwood, J., Borschmann, R., Zimmerman, C. y Howard, L. M. (2016). «The health needs and healthcare experiences of young people trafficked into the UK». *Child Abuse & Neglect*, 59, 100–110.

United Nation Children's Fund (UNICEF). (2006). *Reference Guide on Protecting the Rights of Child Victims of Trafficking in Europe*. Recuperado de: <https://www.refworld.org/pdfid/49997af7d.pdf>

United Nation Children's Fund (UNICEF). (2017). *They are children, they are victims. Situation of children who are victims of trafficking in Spain*. Recuperado de: https://www.comillas.edu/images/ninos-victimas_EN.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2013). *United Nations Principles and Guidelines on Access to Legal Aid in Criminal Justice Systems*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UN_principles_and_guidelines_on_access_to_legal_aid.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *Global Report on Trafficking in Persons 2022*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2022/GLOTiP_2022_web.pdf

Villacampa Estiarte, C. (2011). «La nueva directiva europea relativa a la prevención y la lucha contra la trata de seres humanos y la protección de las víctimas: ¿Cambio de rumbo de la política de la Unión en materia de trata de seres humanos?». *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (13–14), 1-52.

Villacampa Estiarte, C. (2012). «Trata de seres humanos y delincuencia organizada: conexión entre ambos fenómenos criminales y su plasmación jurídico-penal». *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, (1), 1-35.

Villacampa Estiarte, C. (2022a). «Dificultades en la persecución penal de la trata de seres humanos para explotación laboral». *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, (2), 163-202.

Villacampa Estiarte, C. (2022b). «Trata de seres humanos y explotación laboral: retos pendientes en la asistencia a sus víctimas». *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 28(28), 433-480.

Villacampa Estiarte, C. y Torres Ferrer, C. (2021). «Aproximación institucional a la trata de seres humanos en España: valoración crítica». *Estudios Penales y Criminológicos*, 41, 189-232.

Villacampa Estiarte, C. y Torres Rosell, N. (2016). «Trata de seres humanos para explotación criminal: ausencia de identificación de las víctimas y sus efectos». *Estudios Penales y Criminológicos*, 36, 771-829.

Villacampa Estiarte, C. y Torres Rosell, N. (2017). «Human Trafficking for Criminal Exploitation: The Failure to Identify Victims». *European Journal on Criminal Policy and Research*, 23(3), 393–408.

Warria, A., Nel, H. y Triegaardt, J. (2015). «Challenges in Identification of Child Victims of Transnational Trafficking». *Practice*, 27(5), 315-333.

West, A. (2016). «Child Trafficking and Child Welfare». *Journal of Human Trafficking*, 3(2), 125-135.

Zimmerman, C., Hossain, M. y Watts, C. (2011). «Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention, and research». *Social Science & Medicine*, 73(2), 327–335.