

INSPIRE

Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas



Edición original en inglés:
INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children
© World Health Organization 2016
ISBN 978 92 4 156535 6

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C. : OPS, 2017.

1. Maltrato a los Niños. 2. Violencia de Género. 3. Violencia Doméstica. 4. Abuso Sexual Infantil.
5. Derechos Humanos. 6. Legislación en Salud. 7. Salud del Niño. I. Título.

ISBN 978-92-75-31941-3

[Clasificación NLM: WA 308]

© Organización Panamericana de la Salud 2016. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento fue diseñado por WithoutViolence.

Créditos de las fotografías de la portada:

WHO/Christopher Black
WHO/Chapal Khasnabis
WHO/TDR/Julio Takayama
World Bank/Kibae Park/Sipa
WHO/Christopher Black
WHO/TDR/Julio Takayama
WHO/Christopher Black

INSPIRE

Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas

Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes



Normas y valores



Seguridad en el entorno



Padres, madres y cuidadores reciben apoyo



Ingresos y fortalecimiento económico



Respuesta de los servicios de atención y apoyo



Educación y aptitudes para la vida



Agradecimientos

INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas es un documento en el que se han reunido contribuciones de expertos técnicos de todas las organizaciones principales que forman parte de esta iniciativa y de muchos otros asociados.

Alexander Butchart (OMS) y Susan Hillis (CDC) coordinaron y escribieron el documento, con la ayuda de Angela Burton para la redacción, quien también revisó y corrigió el documento. Etienne Krug (OMS) definió la orientación estratégica general. Además:

- la Alianza Mundial para Acabar con la Violencia Contra los Niños aportó contribuciones de Barbara Ammirati, Susan Bissell y David Steven;
- el Banco Mundial aportó contribuciones de Diana Arango y Andrés Villaveces;
- los CDC proporcionaron aportes adicionales de James Mercy y Linda Dahlberg;
- la OPS/OMS aportó contribuciones adicionales de Betzabe Butron, Alessandra Guedes, Alison Harvey, Constanza Hege, Berit Kieselbach, Marcelo Korc y Christopher Mikton, con el apoyo administrativo de Claire Scheurer;
- el PEPFAR aportó contribuciones de Janet Saul;
- la organización Together for Girls aportó contribuciones de Michele Moloney-Kitts y Rebecca Gordon;
- el UNICEF aportó contribuciones de Theresa Kilbane, Asesora Principal, y Jeanette Trang, del Programa de Protección de los Niños (UNICEF), con otras contribuciones sectoriales suministradas por personal técnico de los programas Protección de los Niños, Comunicación para el Desarrollo, Discapacidad, Desarrollo del Niño en la Primera Infancia, Educación, Género, Salud, Inclusión Social, y Datos y Analítica;
- la UNODC aportó contribuciones de Anna Giudice Saget, Giulia Melotti, Kobie Mulligan y Sven Pfeiffer;
- la USAID aportó contribuciones de Gretchen Bachmann y John Williamson.

Además, deseamos expresar nuestro agradecimiento a Kathleen Cravero, Florencia Bruce y Brigitte Delay de la Oak Foundation por haber facilitado una revisión del documento por parte de organizaciones de la sociedad civil y de las repercusiones de su aplicación, así como a las siguientes organizaciones por las observaciones formuladas en el transcurso de esta revisión: African Child Policy Forum; Children and Violence Evaluation Challenge Fund; Child Rights Forum; Child Protection in Crisis Network; End Child Prostitution in Asian Tourism International; End FGM EU Network; Eurochild Network; Girls Not Brides; Iniciativa Global para Acabar con todo Castigo Corporal hacia Niños y Niñas; Promundo; Save the Children; SOS Villages; World Vision.

La OMS, en nombre de todos los organismos participantes, quiere agradecer a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos por su generoso apoyo financiero para la elaboración y publicación de este documento.

Siglas

.....
CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
.....

CRC: Convención sobre los Derechos del Niño
.....

OMS: Organización Mundial de la Salud
.....

OPS: Organización Panamericana de la Salud
.....

PEPFAR: Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
.....

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
.....

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
.....

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
.....

Índice

PREFACIO	6
Parte I	8
INSPIRE: el panorama	8
INSPIRE: la visión	9
INSPIRE: la colaboración	9
Parte II	10
Poner fin a la violencia contra los niños y las niñas es una prioridad	10
Magnitud de la violencia contra los niños y las niñas	12
Definición de la violencia contra los niños y las niñas	14
Tipos de violencia contra los niños y las niñas	14
Consecuencias y costos de la violencia contra los niños y las niñas	15
Causas fundamentales de la violencia contra los niños y las niñas	16
Medidas para prevenir la violencia contra los niños y las niñas	18
Parte III	20
INSPIRE: los componentes	20
Parte IV	26
INSPIRE: la ejecución	26
Parte V	28
INSPIRE: las estrategias y los enfoques	28
Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes	30
Leyes que prohíben los castigos violentos en la niñez por parte de los padres, las madres, los maestros o los cuidadores	32
Leyes que penalizan el abuso sexual y la explotación infantil	34
Leyes que previenen el consumo perjudicial de alcohol	34
Leyes que limitan el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo	35
Normas y valores	36
Cambiar la adhesión a las normas sociales y de género restrictivas y perjudiciales	38
Programas de movilización comunitaria	40
Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos	40
Seguridad en el entorno	42
Reducción de la violencia mediante la atención a las “zonas críticas”	44
Impedir la propagación de la violencia	46
Mejora del entorno construido	46
Padres, madres y cuidadores reciben apoyo	48
Apoyo a los padres, madres y cuidadores por medio de visitas domiciliarias	50
Capacitación y apoyo para padres, madres y cuidadores prestados de manera grupal en entornos comunitarios	52
Capacitación y apoyo dirigidos a padres, madres y cuidadores como parte de programas integrales	53

Ingresos y fortalecimiento económico	54
Transferencias de dinero en efectivo	56
Grupos de ahorro y asociaciones de crédito combinadas con capacitación sobre la equidad de género y las normas conexas	58
Microfinanciación combinada con formación sobre normas y equidad de género	58
Respuesta de los servicios de atención y apoyo	60
Enfoques terapéuticos y de orientación	62
Tamizaje combinado con intervenciones	64
Programas de tratamiento en el sistema de justicia penal para menores que han cometido algún delito	65
Intervenciones para criar menores en familias alternativas por medio de los servicios de bienestar social	65
Educación y aptitudes para la vida	66
Aumentar las tasas de matriculación en la educación preescolar, primaria y secundaria	68
Crear un entorno escolar seguro y propicio	68
Mejorar el conocimiento de los niños y las niñas sobre cómo protegerse del abuso sexual	70
Educación y aptitudes para la vida	71
Programas de prevención de la violencia de pareja entre adolescentes	72
PARTE VI	74
Actividades transversales	74
Actividad transversal 1: Actuación y coordinación multisectorial	75
Actividad transversal 2: Seguimiento y evaluación	79
Seguimiento	79
Evaluación	83
Parte VII	84
Consideraciones sobre la ejecución	84
Forjar el compromiso nacional	86
Evaluar las necesidades	86
Seleccionar las intervenciones	88
Adaptar las intervenciones al contexto local	88
Preparar planes de acción para el gobierno nacional y local	89
Calcular los costos	92
Encontrar fuentes sostenibles de apoyo financiero	92
Formar y gestionar los recursos humanos	93
Ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar	94
CONCLUSIONES	96
ANEXO A: GLOSARIO	98
REFERENCIAS	100



Prefacio

Imagínese si al despertar esta mañana hubiera escuchado en las noticias el anuncio de que los científicos han descubierto una nueva enfermedad a la cual están expuestos cada año hasta mil millones de niños y niñas en todo el mundo. Imagínese que, como consecuencia de ella, estos niños quedarán expuestos por el resto de su vida a un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales y trastornos de ansiedad, enfermedades crónicas como las cardiopatías, la diabetes y el cáncer, enfermedades infecciosas como la infección por el VIH y problemas sociales como la delincuencia y el abuso de drogas. Si existiera una enfermedad así, ¿qué haríamos?

La verdad es que, de hecho, esa “enfermedad” sí existe: se trata de la violencia contra los niños y las niñas. Por eso, una de las primeras cosas que debemos hacer es apoyarnos en la evidencia que ya tenemos para tomar medidas inmediatas, eficaces y sostenibles a fin de prevenirla.

La comprensión y la prevención de la violencia contra todos los niños y las niñas desde que nacen hasta los 18 años de edad están avanzando rápidamente. Aunque es necesario hacer una inversión mayor para aumentar nuestros conocimientos acerca de la mejor manera de prevenir esa violencia, ya contamos con la evidencia suficiente para que podamos acabar con ella y reemplazarla con entornos seguros, estables y enriquecedores donde los niños y las niñas puedan desarrollarse plenamente.

Acabar con la violencia contra los niños y las niñas: un llamamiento urgente a la acción

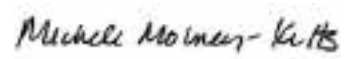
Este conjunto de siete estrategias basadas en la evidencia se fundamenta en las pruebas cada vez más abundantes sobre el carácter prevenible de la violencia en la niñez, así como en el consenso cada vez mayor del público en general en torno a que no se tolerará por más tiempo esta violencia. Este conjunto de estrategias ayudará a unificar las iniciativas multisectoriales para crear conciencia de que, si bien el grado de violencia varía entre los países y dentro de ellos, ninguna sociedad es inmune ya que la violencia contra los niños y las niñas está presente en todas partes. La adopción de estas estrategias promoverá un compromiso más profundo para prevenirla y responder a sus perjudiciales consecuencias cuando ocurre.

Este conjunto de estrategias se fundamenta en el reconocimiento hecho por la Convención sobre los Derechos del Niño de que todos los niños y las niñas tienen el derecho de vivir libres de todas las formas de violencia. También responde a las repercusiones amplias y costosas que la violencia en la niñez tiene sobre la salud pública y el desarrollo. Es una herramienta esencial para contribuir a lograr la meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en la que se insta a poner fin a todas las formas de violencia contra los niños y las niñas, y además a cumplir los ODS 1, 3, 4, 5, 10, 11 y 16 relacionados con la pobreza, la salud, la educación, la igualdad de género, la equidad, los entornos seguros y la justicia.

Tenemos ante nosotros la oportunidad y la responsabilidad de prevenir la violencia, de proteger a los niños y las niñas, y de lograr un impacto positivo en una amplia gama de retos sociales, económicos y relacionados con la salud, a los que se enfrentan todos los países, ya sean de ingresos bajos, medianos o altos. La violencia contra los niños y las niñas puede prevenirse si la comunidad mundial actúa de inmediato, de manera sensata y al unísono. Este conjunto de estrategias presenta maneras basadas en la evidencia para lograrlo.



Margaret Chan,
Directora General, OMS



Michele Moloney-Kitts,
Directora, Together for
Girls



Thomas Frieden,
Director, CDC



Anthony Lake,
Director Ejecutivo, UNICEF



Susan Bissell,
Directora, Acabar con la
Violencia Contra los Niños



Yury Fedotov,
Director Ejecutivo, UNODC



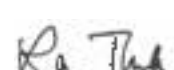
Carissa Etienne,
Directora, OPS



Gayle Smith,
Administradora, USAID



Deborah Birx,
Coordinadora US Global
AIDS, PEPFAR



Laura Tuck,
Vicepresidente para el
Desarrollo Sostenible,
Banco Mundial



INSPIRE: el panorama

INSPIRE es un recurso basado en la evidencia dirigido a todas las personas que trabajan para prevenir y responder a la violencia contra los niños, las niñas y los adolescentes, ya sea que lo hagan a nivel gubernamental o comunitario, en la sociedad civil o en el sector privado. Se trata de un conjunto de estrategias basadas en la mejor evidencia disponible para ayudar a los países y las comunidades a centrarse más en los programas de prevención y los servicios que ofrecen las mayores posibilidades de reducir la violencia en la niñez. Las siete estrategias son las siguientes: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida. Por otro lado, INSPIRE incluye dos actividades transversales que contribuyen a vincular y a fortalecer estas siete estrategias, así como a evaluar el progreso hacia su aplicación.

Las siete estrategias de INSPIRE son más eficaces cuando se ejecutan como parte de un plan integral y multisectorial que promueva las sinergias entre ellas, ya que han sido diseñadas para funcionar en forma combinada y reforzarse entre sí. Aunque en muchos países las distintas partes interesadas están trabajando para eliminar la violencia en la niñez, sus esfuerzos no siempre están bien coordinados y apoyados, y pocas iniciativas se emprenden a gran escala. Por consiguiente, los mecanismos de coordinación son esenciales ya que ningún sector puede ejecutar la totalidad de las intervenciones, y ningún gobierno individual puede enfrentar las amenazas cada vez mayores para sus niños y niñas, que ahora trascienden las fronteras nacionales. Por lo tanto, las iniciativas para poner en práctica el conjunto de estrategias de INSPIRE deben promover la cooperación y el aprendizaje entre los países y dentro de ellos.

INSPIRE: la visión

La visión de INSPIRE es un mundo donde todos los gobiernos, con la participación activa de la sociedad civil y de las comunidades, apliquen y vigilen de forma sistemática las intervenciones dirigidas a prevenir y responder a la violencia contra todos los niños, las niñas y los adolescentes, a fin de ayudarlos a desarrollar todo su potencial.

Esta visión refuerza las protecciones garantizadas en la Convención sobre los Derechos del Niño, que obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños y las niñas de todas las formas de violencia mientras se encuentren bajo el cuidado de sus padres, tutores legales o cualquier otra persona que tenga esa responsabilidad. Pone de manifiesto la necesidad urgente de afrontar la enorme carga social y de salud pública generada por la violencia en la niñez.

El propósito de INSPIRE es ayudar a los países y a las comunidades a lograr las prioridades clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, un nuevo conjunto de objetivos que los Estados

Miembros de las Naciones Unidas utilizarán para fijar sus prioridades desde el 2016 hasta el 2030. Entre las metas de los ODS que abordan la violencia en la niñez se encuentran la meta 16.2, “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”; la meta 5.2, “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”; y la meta 16.1, “reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo”.

Asimismo, las siete estrategias de INSPIRE están apoyadas por actividades dirigidas al logro de otros Objetivos de Desarrollo Sostenible y contribuyen a alcanzarlos. Esos objetivos buscan eliminar los factores de riesgo asociados con la violencia en la niñez, como los que abordan la pobreza, la salud, la igualdad de género, la educación, la equidad, los entornos seguros y la justicia y, por ende, es importante incluirlos en los programas de prevención de la violencia en la niñez.

INSPIRE: la colaboración

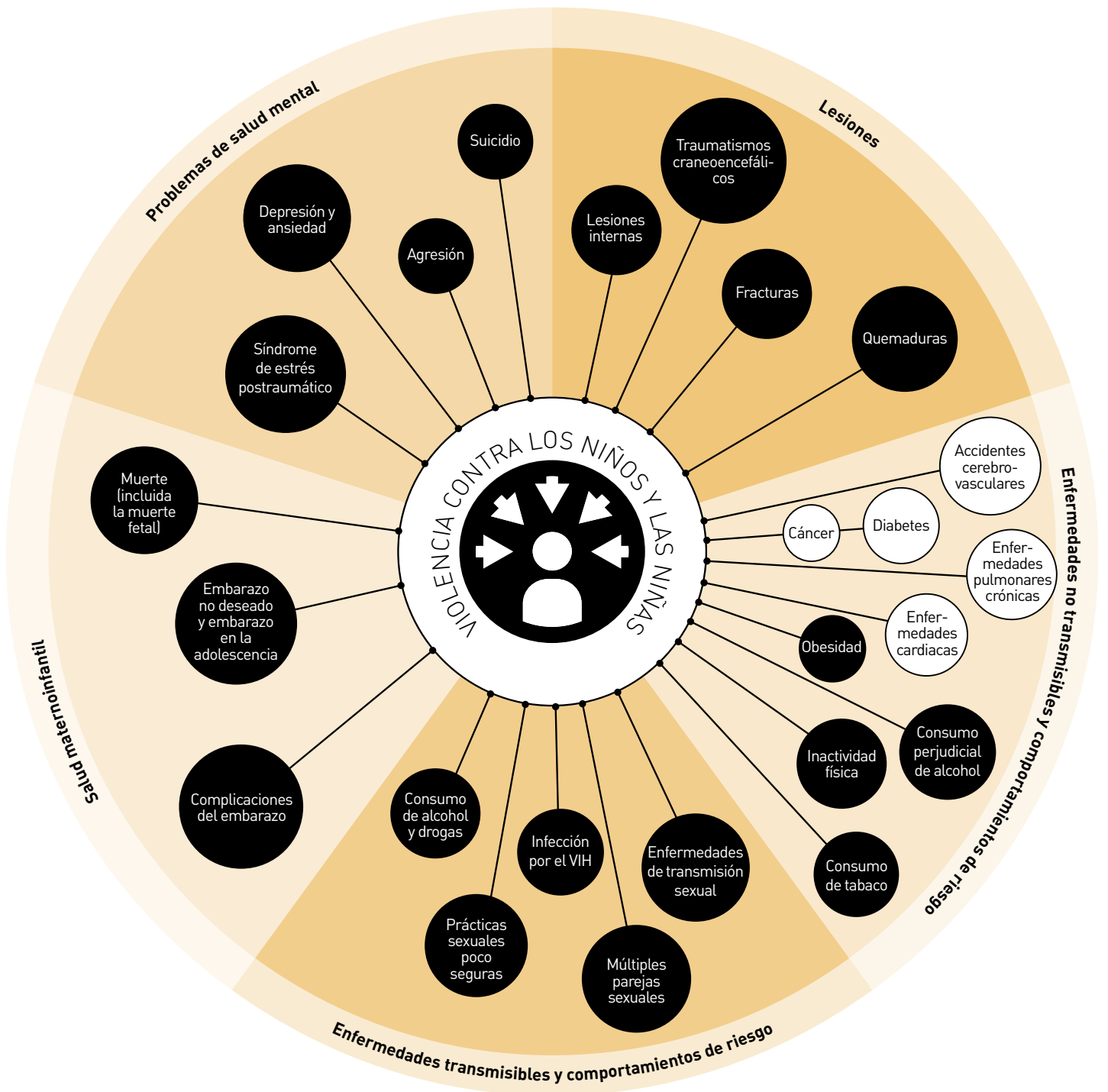
La Organización Mundial de la Salud (OMS) inició la preparación del conjunto de estrategias de INSPIRE, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Alianza Mundial para Acabar con la Violencia Contra los Niños, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), Together for Girls, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Mundial (organismos todos que cuentan con una larga trayectoria de promoción de estrategias congruentes y basadas en la evidencia para prevenir la violencia en la niñez).



Poner fin a la violencia contra los niños y las niñas es una prioridad

La violencia contra los miembros más vulnerables de nuestra sociedad, nuestros niños, niñas y adolescentes, tiene consecuencias devastadoras que conducen a una amplia gama de problemas sociales y de salud (**figura 1**). Sin embargo, gran parte de esas repercusiones son previsibles y prevenibles por medio de programas que aborden sus causas y factores de riesgo.

Figura 1: Posibles consecuencias para la salud de la violencia contra los niños y las niñas



Efecto directo



Efecto indirecto debido a adopción de comportamientos de alto riesgo



Magnitud de la violencia contra los niños y las niñas

Según un análisis de los datos de encuestas representativas a nivel nacional efectuadas en 96 países sobre la prevalencia de la violencia en la niñez, se calcula que mil millones de niños y niñas en todo el mundo, es decir, más de la mitad de la población infantil de 2 a 17 años de edad, sufrieron violencia emocional, física o sexual en el último año (2).

A pesar de su alta prevalencia, la violencia en la niñez suele estar oculta, pasar desapercibida o no ser denunciada en todos los casos. Su naturaleza oculta está bien documentada (3); por ejemplo, en un metanálisis de datos mundiales se determinó que el abuso sexual denunciado por los propios niños y niñas es 30 veces más alto y el maltrato físico es 75 veces más alto que lo que indican los informes oficiales (4, 5).

Las niñas son especialmente vulnerables a la violencia sexual. Por ejemplo, la prevalencia del abuso sexual en la niñez es de 18% para las niñas, en comparación con 8% para los niños (4). Los perpetradores de la violencia sexual contra las niñas son predominantemente hombres. También es más probable que las adolescentes sufran violencia de pareja (violencia sexual o física infligida por el compañero íntimo); violación por personas conocidas o desconocidas; matrimonio precoz o forzado; la trata para la explotación sexual y el trabajo infantil, y la mutilación o corte genital. Esta violencia ocurre en muchos entornos, incluso en aquellos donde las niñas deberían estar seguras y cuidadas, como el hogar; mientras van a la escuela, regresan de ella o están dentro de la escuela; en sus comunidades, así como en situaciones de emergencia humanitaria, desplazamiento, o luego de un conflicto.

Los varones tienen mayores probabilidades de ser tanto víctimas como agresores en casos de homicidio, lo que involucra generalmente algún arma, como las armas de fuego y las armas blancas (7).



A nivel mundial, casi **una de cada tres** adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad (84 millones) han sufrido violencia emocional, física o sexual perpetrada por el esposo o pareja (6)

El homicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte de adolescentes, y más del 80% de las víctimas y los agresores son de sexo masculino. Además, por cada homicidio hay cientos de víctimas de la violencia juvenil que sufren traumatismos y que son predominantemente masculinas. Los varones también tienen más probabilidades de ser víctimas y agresores en las peleas y las situaciones de violencia física (7).

Las tasas elevadas de violencia contra los niños y las niñas muestran una situación alarmante acerca del grado en que los niños viven con las consecuencias de la violencia y carecen de apoyo y servicios. En muchos países, la verdadera magnitud del problema está muy subestimada, en parte porque los cálculos de prevalencia provienen de datos administrativos usados por los sistemas de salud o de justicia y no de los datos de una encuesta nacional, y en parte también debido a las creencias generalizadas que inducen a las personas, incluidos los niños, a considerar la violencia como una norma y no como un problema que exige atención. Además, a menudo se estigmatiza a las niñas y los niños que denuncian la violencia, o no se les cree lo que dicen y no se toman medidas. Aunque la violencia puede estar oculta, con el transcurso del tiempo sus consecuencias se hacen visibles (8), lo cual crea una carga generalizada, duradera y costosa para los niños, las niñas y las personas adultas, las comunidades y las naciones.

En el 2012, cerca de 95.000 niños y adolescentes menores de 20 años perdieron la vida a causa de homicidios, casi **una de cada cinco** de todas las víctimas de homicidio en ese año (6).



Definición de la violencia contra los niños y las niñas

En este conjunto de estrategias se define como “niño” a todas las personas de ambos sexos que tienen menos de 18 años y, por consiguiente, la “violencia contra los niños y las niñas” (o la “violencia en la niñez”) se define como la violencia contra cualquier persona de este grupo etario. Según la OMS, la violencia se define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (9). Por lo tanto, la violencia abarca mucho más que los actos que causan daño físico. Sus consecuencias van más allá de la muerte y las lesiones, y pueden incluir enfermedades transmisibles y no transmisibles, daños psicológicos, comportamientos peligrosos, bajo rendimiento educativo y laboral, y delincuencia.

Tipos de violencia contra los niños y las niñas

La mayor parte de la violencia en la niñez implica por lo menos uno de los seis tipos principales de violencia interpersonal que tienden a ocurrir en diferentes etapas del desarrollo infantil (**figura 2**) (9):

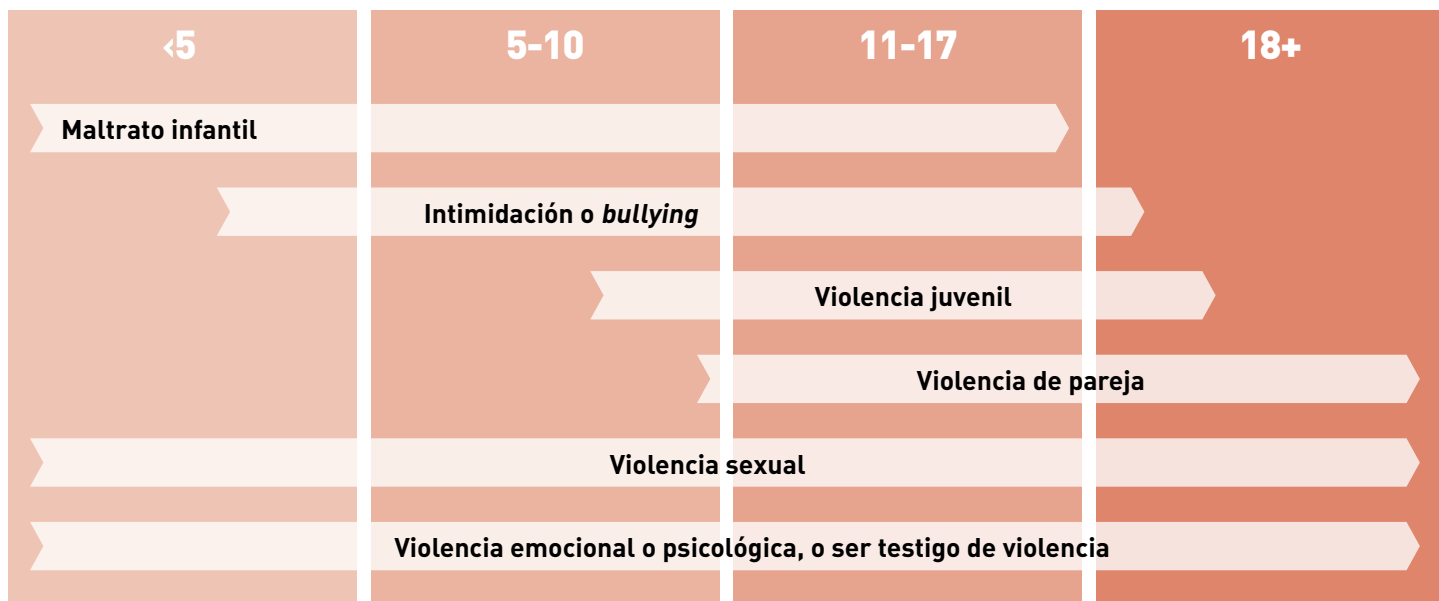
- *El maltrato (incluido el castigo violento)* comprende la violencia física, sexual y psicológica o emocional; y el descuido de los lactantes, los niños y los adolescentes por los progenitores, los cuidadores y otras figuras de autoridad; ocurre con mayor frecuencia en el hogar, pero también en entornos como escuelas y orfanatos.
- *La intimidación o bullying (incluida la intimidación por medios electrónicos)* es el comportamiento agresivo, no deseado, llevado a cabo por otro niño o niña o por un grupo de niños o niñas que no son hermanos ni se encuentran en una relación romántica con la víctima. Abarca el daño físico, psicológico o social repetido, y a menudo tiene lugar en las escuelas y otros entornos donde los niños y las niñas se reúnen, y también por internet.
- *La violencia juvenil* se concentra en las personas de 10 a 29 años, ocurre con mayor frecuencia en los entornos comunitarios entre personas que pueden ser conocidas o desconocidas, incluye la agresión física con armas (como armas de fuego y armas blancas) o sin armas y puede implicar la violencia de pandillas.
- *La violencia de pareja (o violencia doméstica)* se refiere a la violencia perpetrada por un compañero íntimo o excompañero. Aunque los hombres también pueden ser víctimas, este tipo de violencia afecta desproporcionadamente más a las mujeres. Ocurre generalmente contra las adolescentes dentro de matrimonios precoces y forzados. En el caso de las adolescentes solteras que se encuentran en una relación romántica, algunas veces se llama “violencia en el noviazgo”.

- *La violencia sexual* incluye el contacto sexual no consensuado realizado o intentado; actos no consensuados de naturaleza sexual que no incluyen contacto (como voyeurismo o acoso sexual); actos de trata sexual cometidos contra alguien que no puede dar su consentimiento o negarse a estos actos; y explotación por internet.
- *La violencia emocional o psíquica y ser testigo de violencia* incluye restringir los movimientos de un niño o una niña, denigrarlos, ridiculizarlos, amenazarlos e intimidarlos, al igual que la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil. Ser testigo de la violencia puede incluir el obligar a un niño o una niña a observar un acto de violencia, o el presenciar por casualidad un incidente de violencia entre dos o más personas.

Cualquiera de estos tipos de violencia también puede constituir violencia de género cuando se dirige contra las niñas o los niños debido a su sexo biológico o su identidad de género.

^a Los niños también pueden verse afectados por otros dos tipos de violencia que están fuera del alcance de este conjunto de estrategias: la violencia autoinfligida, incluido el comportamiento suicida y la autoagresión, y la violencia colectiva, como la guerra y el terrorismo, cometida por grupos más grandes de personas. Además, INSPIRE no considera explícitamente la trata de personas, un factor de riesgo que en algunos entornos puede aumentar la probabilidad de violencia contra los niños y las niñas. Por último, las estrategias no abarcan la mutilación o corte genital femenino, sobre la cual ya existen lineamientos consolidados (por ejemplo, en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/> y http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf [disponibles solo en inglés]).

Figura 2: Tipo de violencia por grupo de edad afectado.



Consecuencias y costos de la violencia contra los niños y las niñas

Las consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud pública y los costos económicos de la violencia en la niñez socavan las inversiones en la educación, la salud y el bienestar de la población infantil, y erosionan la capacidad productiva de las generaciones futuras. La exposición a la violencia a una edad temprana puede afectar el desarrollo cerebral y alterar otras partes del sistema nervioso, así como los sistemas endocrino, circulatorio, osteomuscular, reproductivo, respiratorio e inmunitario, lo cual acarrea consecuencias de por vida (8). Hay evidencia fehaciente de que la violencia en la niñez aumenta los riesgos de sufrir lesiones, contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, sufrir problemas de salud mental y retrasos en el desarrollo cognitivo, tener un rendimiento escolar deficiente y abandonar la escuela, tener un embarazo precoz, sufrir problemas de salud reproductiva, y padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles (10-30).

El impacto económico de la violencia contra los niños y las niñas también es considerable, según muestran los datos de países y regiones donde se ha calculado el costo financiero de esta violencia. En los Estados Unidos solamente, la carga económica a lo largo de toda la vida, asociada con los nuevos casos de maltrato infantil que ocurren en un año, fue de US\$ 124.000 millones en el 2008, costos que aumentan si se consideran otros tipos de violencia, como la violencia juvenil (31, 32). En la región de Asia oriental y del Pacífico occidental se calcula que los costos económicos de apenas unas pocas de las consecuencias del maltrato infantil sobre la salud fueron equivalentes a entre 1,4% y 2,5% del producto interno bruto (PIB) anual de la región (33).

Causas fundamentales de la violencia contra los niños y las niñas

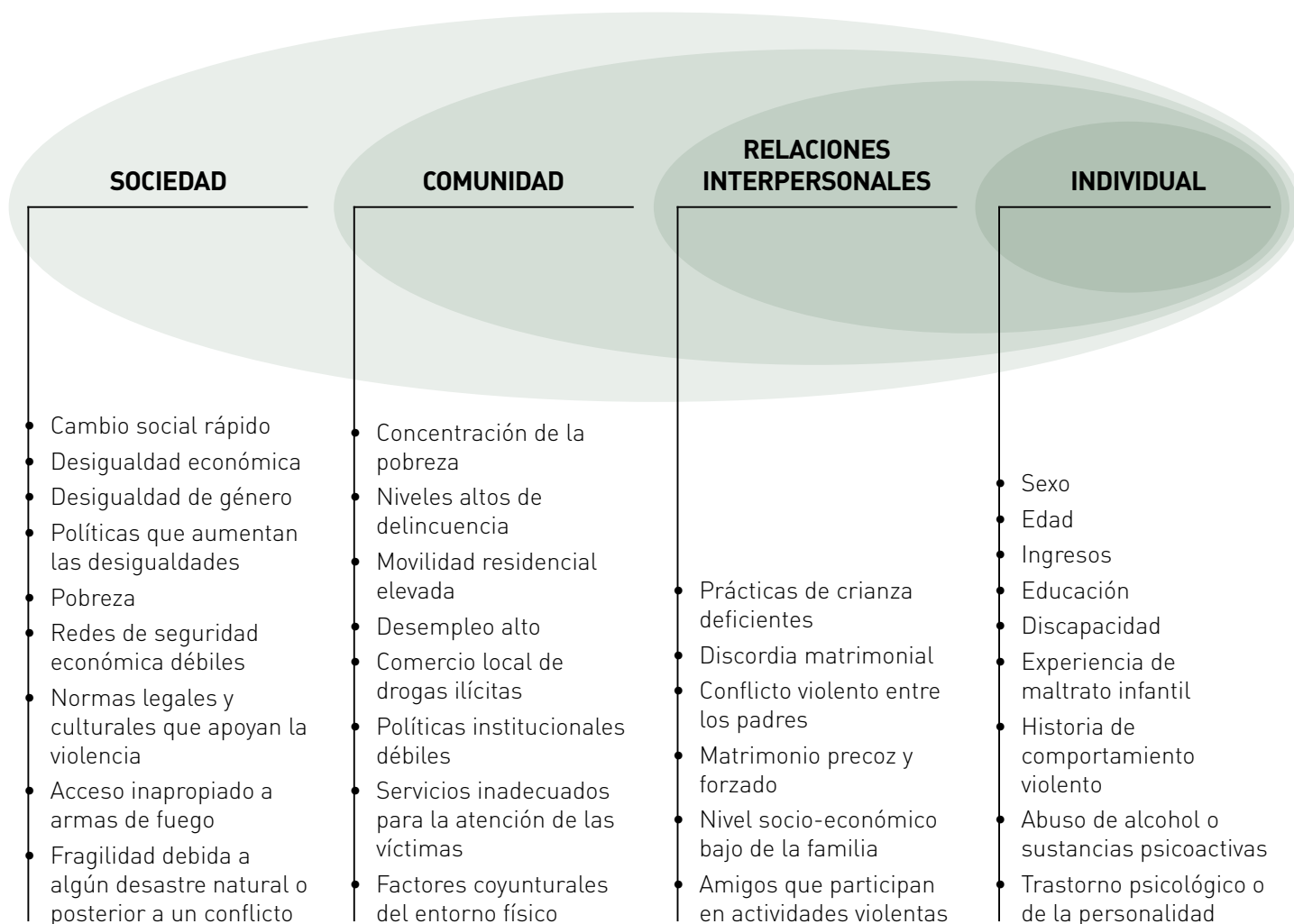
Un factor clave que hace que la población infantil y adolescente, en particular las niñas, sea vulnerable a la violencia (y que aumenta la probabilidad de que los niños varones y los hombres inflijan esa violencia) es la tolerancia social, tanto de la victimización de las niñas como de la agresión por parte de los niños y los hombres. Con frecuencia, este abuso o explotación se percibe como normal y fuera del control de las comunidades lo que, unido a la vergüenza, el temor y la creencia de que nadie puede ayudar, hace que los niveles de denuncia ante las autoridades sean muy bajos. Además, las víctimas a menudo se culpan de la violencia que sufren. Esta tolerancia social de la violencia en general, y de la violencia sexual y de pareja en particular, proviene de la situación de inferioridad de las mujeres, las niñas y los niños en muchas sociedades, así como de las normas culturales en torno al género y la masculinidad. Por consiguiente, el cambio de las normas de género en relación con el derecho ejercido por los hombres sobre el cuerpo de las mujeres y las niñas —y el control del comportamiento de ellas— es una estrategia decisiva para lograr la igualdad de género, reducir la violencia dirigida a las niñas, definir actividades de prevención y abordar las necesidades concretas de atención y apoyo.

La violencia también se arraiga en algunos otros factores sociales, económicos y culturales que repercuten en las comunidades, las familias, las relaciones interpersonales y la manera en que los niños y las niñas experimentan su vida cotidiana. El modelo ecológico social ilustra esta interacción de los factores individuales, de las relaciones interpersonales, de la comunidad y de la sociedad (**Figura 3**) (9).

- Los factores de riesgo **a nivel individual** incluyen aspectos biológicos y de la historia personal como sexo, edad, educación, ingresos, discapacidad, desarrollo cerebral y cognitivo deficientes, trastornos psicológicos, consumo nocivo de alcohol, abuso de drogas y antecedentes de agresión o maltrato.
- Los factores de riesgo **a nivel de las relaciones interpersonales estrechas** incluyen la carencia de vínculos afectivos, las prácticas de crianza deficientes, la disfunción y separación familiar, la asociación con pares que son delincuentes, ser testigo durante la niñez de violencia contra la madre o madrastra, y el matrimonio precoz o forzado.
- Los factores de riesgo **a nivel de la comunidad** incluyen todas aquellas características de los entornos como las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades que aumentan el riesgo de violencia. Entre estas características se encuentran la pobreza, la alta densidad de población, las poblaciones de paso, la baja cohesión social, los entornos físicos peligrosos, los índices altos de delincuencia y la existencia de comercio local de drogas.
- Los factores de riesgo **a nivel de la sociedad** incluyen normas legales y sociales que crean un clima en el que se fomenta la violencia o se considera como algo normal. Estos factores también abarcan las políticas de salud, económicas, educativas y sociales que mantienen las desigualdades económicas, de género y sociales; la protección social inexistente o inadecuada; la fragilidad social debido a un conflicto, desastre natural o situación luego de un conflicto; la gobernanza débil y la aplicación inadecuada de las leyes.

La interacción entre factores en los diferentes niveles es tan importante como la influencia de ellos dentro de un mismo nivel (9). Por ejemplo, varios estudios longitudinales indican que las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, quizás porque pueden conducir a daño neurológico y psicológico o trastornos de la personalidad (factores de riesgo individuales), parecen predecir el maltrato infantil y la violencia juvenil principalmente cuando suceden en combinación con otros problemas dentro de la familia, como las prácticas de crianza deficientes (34). Varios otros factores de riesgo comunes, como la disfunción familiar y la baja cohesión social dentro de la comunidad, exponen a algunos niños y niñas a un riesgo mucho mayor. Por eso, en la medida en que proliferan las crisis humanitarias, como la guerra, los desplazamientos masivos de refugiados, la migración económica, los desastres relacionados con el clima y los brotes de enfermedades, el número de niños y niñas que se tornan vulnerables a la violencia en todas las formas es mayor que nunca.

Figura 3: Modelo ecológico social para comprender y prevenir la violencia contra los niños y las niñas



Fuente: (9)

Aunque los programas y las políticas a menudo abordan las diferentes formas de violencia de manera individual, es importante reconocer que dichas formas están relacionadas ya que todas comparten causas comunes y profundas. Por esta razón, a menudo ocurren juntas y una puede llevar a la otra. Por ejemplo, ser víctima de maltrato infantil puede aumentar el riesgo de convertirse en una etapa posterior de la vida en víctima o en perpetrador de violencia sexual, violencia juvenil, violencia dirigida contra uno mismo y violencia de pareja. Los niños y las niñas que son testigos de violencia de pareja contra su madre o madrastra también tienen más probabilidades de experimentar este mismo tipo de violencia en etapas subsiguientes de la vida, ya sea como víctimas o como agresores (35 y 36). Por lo tanto, los programas que abordan eficazmente las causas más profundas tienen un gran potencial de reducir las múltiples formas de la violencia en la niñez.

Medidas para prevenir la violencia contra los niños y las niñas

La violencia en la niñez es un problema multifacético con causas a nivel individual, de las relaciones interpersonales estrechas, de la comunidad y de la sociedad, de manera que debe afrontarse simultáneamente en varios niveles diferentes. El modelo ecológico social sirve un propósito doble a este respecto, ya que cada nivel del modelo representa una dimensión donde coexisten tanto riesgos como oportunidades para la prevención.

Por consiguiente, afrontar la violencia contra los niños y las niñas comprende la ejecución de medidas para lo siguiente:

- crear entornos familiares seguros, sostenibles y enriquecedores, y brindar ayuda y apoyo especializados a las familias que se encuentran en riesgo de violencia;
- modificar los entornos no seguros mediante cambios físicos;
- reducir los factores de riesgo en los espacios públicos (por ejemplo, escuelas, lugares donde se reúnen los jóvenes) para reducir la amenaza de la violencia;
- abordar las inequidades por razón de género en las relaciones interpersonales, el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, etc.;
- cambiar las actitudes y prácticas culturales que apoyan el uso de la violencia;
- velar por que los marcos jurídicos prohíban todas las formas de violencia en la niñez y limitar el acceso de los jóvenes a productos nocivos, como el alcohol y las armas de fuego;
- brindar acceso a servicios de respuesta de buena calidad a los niños y a las niñas afectados por la violencia;
- eliminar las desigualdades culturales, sociales y económicas que agravan la violencia, cerrar la brecha en la distribución de la riqueza y garantizar el acceso equitativo a bienes, servicios y oportunidades, y
- coordinar las acciones de los numerosos sectores que tienen un papel que desempeñar para prevenir y responder a la violencia en la niñez.

Según se describe en las siguientes secciones, las siete estrategias de INSPIRE abarcan todos estos puntos clave de acceso para la prevención y la respuesta a la violencia contra la población infantil y adolescente.





INSPIRE: Los componentes

INSPIRE comprende **siete estrategias** que, en su conjunto, ofrecen un marco general para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Cada estrategia va acompañada de un **objetivo** clave, su **justificación**, las **metas de los ODS** diferentes de la meta 16.2 a las cuales contribuye y las metas que la apoyan, sus posibles **efectos** sobre la prevención de la violencia en la niñez, los **enfoques** específicos que impulsan la estrategia (incluidos programas, prácticas y políticas), y la evidencia que sustenta estos enfoques.

Las siete estrategias se seleccionaron sobre la base de una marcada convergencia en torno a los lineamientos basados en la investigación y publicados previamente por las organizaciones participantes en INSPIRE. Dichos lineamientos abordan los factores de riesgo y de protección de la violencia contra los niños y las niñas en los cuatro niveles de riesgo que están interrelacionados (individual, de las relaciones interpersonales, de la comunidad y de la sociedad). La mayoría de estos lineamientos ha demostrado tener efectos preventivos sobre diferentes tipos de violencia, además de beneficios en áreas como la salud mental, la educación y la disminución de la delincuencia. Además, INSPIRE incluye **dos actividades transversales** que combinadas ayudan a vincular y fortalecer las siete estrategias, y a evaluar el progreso en su aplicación.



Criterios para la inclusión

Cada estrategia de INSPIRE contiene uno o varios enfoques basados en la evidencia (**cuadro 1**). Los ejemplos de enfoques que se brindan no constituyen una lista integral de las políticas, los programas y las prácticas basadas en la evidencia para cada estrategia, sino que muestran modelos que han demostrado reducir la probabilidad de convertirse en víctima o perpetrador de violencia en la niñez, modificar los factores de riesgo para ese tipo de violencia, o disminuir sus consecuencias inmediatas y a largo plazo. En la práctica, la eficacia de las estrategias y los enfoques incluidos en INSPIRE dependerá de la calidad y las características de su aplicación. Las intervenciones modelo representan prácticas que son **eficaces, prometedoras o prudentes**.



Criterios para las intervenciones modelo

Las intervenciones **eficaces** deben satisfacer al menos uno de los siguientes criterios::

- al menos dos estudios de impacto, de calidad alta o moderada utilizando ensayos controlados aleatorizados o diseños casi experimentales de alta calidad han mostrado **efectos favorables y estadísticamente significativos en uno o varios ámbitos de la violencia contra los niños y las niñas** (maltrato, intimidación o *bullying*, violencia juvenil, violencia de pareja^b y violencia sexual);
- la intervención se considera **recomendada** sobre la base de metanálisis de alta calidad y revisiones sistemáticas de los resultados obtenidos en las evaluaciones de las diversas intervenciones.

Las intervenciones **prometedoras** son aquellas en las que:

- al menos un estudio de impacto, de calidad alta o moderada, en el que se haya utilizado un ensayo controlado aleatorizado o diseños casi experimentales de alta calidad ha mostrado **efectos favorables y estadísticamente significativos en uno o varios ámbitos de la violencia contra los niños y las niñas** (maltrato, intimidación o *bullying*, violencia juvenil, violencia de pareja y violencia sexual); o
- al menos un estudio de impacto, de calidad alta o moderada, en el que se haya utilizado un ensayo controlado aleatorizado o diseños casi experimentales de alta calidad ha encontrado **efectos favorables y estadísticamente significativos para uno o varios factores de riesgo o protectores para la violencia contra los niños y las niñas** (como logros educativos, prácticas de crianza positiva, comunicación entre los progenitores y los niños y niñas acerca de estrategias eficaces para evitar la exposición a la violencia, mayor supervisión de los padres).

Las prácticas **prudentes** que componen el conjunto de estrategias de INSPIRE deben satisfacer al menos uno de los siguientes criterios:








- que en algún **tratado o resolución mundial** se haya determinado que la intervención es fundamental para la reducción de la violencia contra los niños y las niñas;
- que en **estudios cualitativos o de observación** se haya demostrado que la intervención es eficaz para reducir la violencia en la niñez.

Los dos componentes transversales, las acciones multisectoriales y la coordinación, y el seguimiento y la evaluación son requisitos esenciales para toda intervención multisectorial basada en la evidencia (37).

Las estrategias de INSPIRE se eligieron, en la medida de lo posible, para representar intervenciones que se han ejecutado y evaluado en entornos de escasos recursos. En los casos seleccionados de entornos de ingresos altos, se eligieron ejemplos de intervenciones que demostraron ser especialmente eficaces para reducir la violencia en la niñez y tener, además, probabilidades de ser exitosas en diversos entornos culturales. El conjunto de estrategias de INSPIRE brinda una oportunidad para aumentar el número de estudios sobre la eficacia de las siete estrategias en los entornos donde hoy en día hay relativamente pocos estudios de ese tipo. Por consiguiente, se prevé que las estrategias de INSPIRE se actualizarán con regularidad a medida que se genere nueva evidencia.

^b Las pruebas indican que, en algunos casos, la exposición de los niños y las niñas a la violencia contra su madre o madrastra puede conducir a un mayor riesgo de participar en la violencia en etapas posteriores de la vida (ver, 35 y 36). Por consiguiente, la reducción de la violencia de pareja es una meta no solamente importante por sí misma, sino que, además, es un medio de reducir la violencia en la niñez.

Cuadro 1: Estrategias, enfoques y sectores según INSPIRE para prevenir y responder a la violencia contra los niños y las niñas de 0 a 18 años de edad

Estrategia	Enfoque	Sectores	Actividades transversales
 Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes que prohíban los castigos violentos a los niños y las niñas impuestos por los padres, las madres, los maestros u otros cuidadores • Leyes que penalicen el abuso sexual y la explotación de los niños y las niñas • Leyes que prevengan el uso nocivo del alcohol • Leyes que limiten el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo 	Justicia	
 Normas y valores	<ul style="list-style-type: none"> • Producir cambios en la adhesión a normas sociales y de género restrictivas y nocivas • Programas de movilización comunitaria • Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos 	Salud, Educación y Bienestar Social	
 Seguridad en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la violencia mediante actuaciones específicas en las “zonas críticas” • Impedir la propagación de la violencia • Mejorar el entorno construido 	Interior, Planificación	Actuación y coordinación multisectorial
 Padres, madres y cuidadores reciben apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de visitas domiciliarias • Por medio de grupos en el entorno comunitario • Por medio de programas integrales 	Bienestar Social, Salud	
 Ingresos y fortalecimiento económico	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencias de dinero en efectivo • Asociaciones de ahorro y crédito combinadas con formación en equidad de género • Microfinanciación combinada con formación en normas de género 	Finanzas, Trabajo	
 Respuesta de los servicios de atención y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoques de asesoramiento y terapia • Detección de casos en combinación con intervenciones • Programas de tratamiento para delincuentes juveniles en el sistema de justicia penal • Intervenciones de acogimiento familiar, con participación de los servicios de bienestar social 	Salud, Justicia, Bienestar Social	Seguimiento y evaluación
 Educación y aptitudes para la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en las tasas de matrícula en la educación preescolar, primaria y secundaria • Creación de un entorno escolar seguro y propicio • Mejoramiento del conocimiento de los niños acerca de los abusos sexuales y cómo pueden protegerse frente a ellos • Formación en aptitudes sociales y para la vida • Programas dirigidos a adolescentes para la prevención de la violencia de pareja 	Educación	





INSPIRE: la ejecución

INSPIRE se centra en lo que los países pueden hacer para prevenir y responder a la violencia contra los niños y las niñas. En los materiales subsiguientes de INSPIRE se abordará en detalle la forma en que debe ponerse en práctica el contenido del conjunto de estrategias, incluidos los indicadores para el seguimiento, tanto de la ejecución como del impacto de las siete estrategias.^c Este documento *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* concluye con una orientación general sobre consideraciones con respecto a la ejecución que pueden ayudar a catalizar el progreso hacia la eliminación de la violencia en la niñez.

^c Estos materiales de apoyo de INSPIRE están en proceso de elaboración. Se ha previsto publicar próximamente la lista de indicadores y un conjunto de manuales de ejecución (uno para INSPIRE en términos generales y otro para cada estrategia), así como manuales de investigación en el transcurso del 2017.

Aplicabilidad de las estrategias de INSPIRE en entornos de conflicto, después de un conflicto y en otros entornos humanitarios

Todas las siete estrategias de INSPIRE pueden aplicarse en entornos afectados por conflictos o desastres naturales y el conjunto completo comprende varias intervenciones que han demostrado ser eficaces en esas situaciones. Sin embargo, del mismo modo que sucede con las estrategias que abordan otros problemas de la sociedad como el consumo de tabaco, el consumo de drogas y el consumo excesivo de alcohol, la salud mental, la delincuencia y los traumatismos causados por el tránsito, la factibilidad de aplicarlas exitosamente variará según la estrategia y el contexto. En principio, dado que no requieren de sistemas sociales

intactos ni de estructuras de gobernanza en funcionamiento, las intervenciones ejecutadas por medio de programas autónomos pueden aplicarse en cualquier entorno. Estas incluyen, por ejemplo, programas para padres y madres, programas de capacitación en aptitudes para la vida, así como los servicios para quienes han sufrido violencia. En cambio, las intervenciones que requieren sistemas de justicia y de policía en funcionamiento que hagan cumplir las leyes serán difíciles de ejecutar en aquellos lugares donde un conflicto o desastre natural haya destruido o erosionado gravemente esas estructuras.



INSPIRE: las estrategias y los enfoques



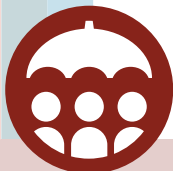
Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes

30



Normas y valores

36



Seguridad en el entorno

42



Padres, madres y cuidadores reciben apoyo

48



Ingresos y fortalecimiento económico

54



Respuesta de los servicios de atención y apoyo

60



Educación y aptitudes para la vida

66



Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes

Objetivo: Garantizar la implementación y la vigilancia del cumplimiento de las leyes para prevenir los comportamientos violentos, reducir el consumo excesivo de alcohol y limitar el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo.



Justificación:

El desarrollo y el fortalecimiento de las protecciones legales y las políticas para la población infantil y joven, conjuntamente con los medios para hacer cumplir estas protecciones, constituyen un paso prudente hacia la prevención de la violencia en la niñez. Las leyes que prohíben comportamientos como el castigo violento y el abuso sexual de los niños y las niñas son útiles de varias maneras. Primero, muestran a la sociedad que el comportamiento violento no es aceptable y, por consiguiente, pueden ayudar a erradicar las normas predominantes que lo toleran. Segundo, responsabilizan a los agresores por sus acciones. Tercero, las leyes y las políticas también pueden ser útiles para disminuir la exposición a diversos factores de riesgo fundamentales para la violencia en la niñez, al reducir el consumo abusivo de alcohol y limitar el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo.

Esta estrategia contribuye al logro y recibe el apoyo de las actividades comprendidas en las metas 3.5, 5.c y 16.3 de los ODS:

- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- 5.c Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas a todos los niveles.
- 16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.

Posibles efectos de la implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes sobre la reducción de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de la violencia física en la niñez ejercida por los padres, los cuidadores y otras figuras de autoridad;
- disminución del abuso sexual que sufren los niños y las niñas, entre otros las relaciones sexuales forzadas o bajo presión, el intento de relaciones sexuales no deseadas o los contactos físicos no deseados;
- disminución de la explotación sexual de los niños, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución;
- disminución del consumo excesivo de alcohol y el consumo compulsivo de bebidas alcohólicas;
- disminución del número de defunciones y lesiones no mortales relacionadas con armas de fuego;
- aumento de las normas sociales y las actitudes que protegen a los niños y las niñas de los castigos violentos;
- aumento de las normas sociales y las actitudes que protegen a los niños y las niñas del maltrato sexual y la explotación, y
- aumento de las normas sociales y las actitudes que apoyan la igualdad de género.



Enfoques

Esta estrategia abarca dos conjuntos de leyes. El primer conjunto comprende las leyes o medidas que los Estados Partes están obligados a ejecutar de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en la que se insta a los Estados Partes que adopten todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas pertinentes para proteger a los niños y las niñas de todas las formas de violencia, mientras se encuentren bajo el cuidado de padres, madres, tutores legales u otra persona que esté a cargo de ellos (38). La Convención sobre los Derechos del Niño también establece obligaciones particulares en cuanto a la protección de los niños y las niñas frente a todo tratamiento cruel, inhumano o degradante y del castigo y la pena capital, así como del abuso y la explotación sexual.

El segundo conjunto comprende las leyes que limitan el acceso de la población joven al alcohol y a las armas de fuego y su uso perjudicial, que abordan los factores de riesgo clave para convertirse en víctima de violencia o en agresor contra los niños y las niñas. Además, las leyes que protegen a los refugiados, al igual que las leyes que penalizan el matrimonio infantil, el trabajo forzado, la trata de personas, la pornografía infantil y las prácticas perjudiciales, también pueden contribuir a reducir la violencia en la niñez.

Leyes que prohíben los castigos violentos en la niñez por parte de los padres, las madres, los maestros o los cuidadores

Evidencia: Los estudios de observación indican que estas leyes pueden reducir el uso del castigo violento contra los niños y las niñas, profundizar la comprensión de los efectos negativos de dicho castigo y cambiar las actitudes con respecto a su uso (39 a 41). Los resultados de un estudio en el que se compararon cinco países europeos, tres de los cuales tenían prohibiciones de castigo corporal y dos que no las tenían, mostraron que casi todas las formas de castigo corporal se utilizaban con menor frecuencia en los países con prohibiciones legales, en comparación con los países donde no las había (42). Además, la aceptación del castigo corporal era inferior en los países con prohibiciones del castigo corporal (43). Una revisión sistemática también indicó que en 24 países las restricciones legislativas al castigo corporal estaban asociadas estrechamente a la disminución del apoyo al castigo corporal y de su uso como método de castigo infantil (43). En el 2016, casi 50 países habían prohibido todo castigo violento en la niñez y otros 52 se habían comprometido a hacerlo (44).



Ley y campaña contra el castigo corporal (Suecia)

En 1979, el Parlamento Sueco aprobó una modificación al Código de los Niños y los Padres que prohibía todas las formas de castigo físico u otro tratamiento emocionalmente abusivo en la niñez. Esta decisión hizo de Suecia el primer país del mundo que prohibía explícitamente que los progenitores usaran el castigo corporal u otro tratamiento humillante en la crianza de los hijos.

Aunque el **Código de los Niños y los Padres** no contiene sanciones, las acciones que cumplen con los criterios legales de agresión están sujetas al Código Penal. En este se estipula que una persona que cause alguna lesión corporal, enfermedad o dolor a otra, o que la deje en un estado en el que no pueda defenderse o esté de alguna manera indefensa, será condenada por agresión e irá a la cárcel por un máximo de dos años. Si el delito es menos grave, los agresores son multados o

encarcelados hasta por seis meses. Si el delito se considera especialmente grave, es posible que se imponga una sentencia de hasta 10 años (45).

En la práctica, a los niños y las niñas se les otorgan los mismos derechos que a las personas adultas para protegerlos del tratamiento violento y otros tratos humillantes. El cambio de las leyes, unido a una campaña de educación nacional, fue el resultado de un proceso que se prolongó por varias décadas y que incluyó la prohibición del castigo corporal en las escuelas. La iniciativa sueca ha tenido una repercusión considerable y cuantificable en la vida de los niños y las niñas: el número de menores maltratados ha disminuido del 90% a cerca del 10% en un período de 35 años (45). El apoyo público de los padres y las madres al castigo corporal también disminuyó de más del 50% a escasamente el 10% (45).



Leyes que penalizan el abuso sexual y la explotación infantil

Evidencia: La Convención sobre los Derechos del Niño establece principios acerca del abuso y la explotación sexual que pueden incorporarse o reflejarse en las leyes nacionales. La mayoría de los países han aprobado esas leyes, aunque su fuerza varía según la definición legal de quién es niño, de lo que constituye abuso y explotación sexual en la niñez, y de la medida en que se hacen cumplir las leyes. Por ejemplo, aunque prácticamente todos los países tienen leyes que prohíben el estupro, tales leyes se hacen cumplir a cabalidad en menos de dos tercios de los países. El cumplimiento es todavía menos común en el caso de las leyes contra la violencia sexual sin violación y la violencia sexual sin contacto (1).

Leyes que previenen el consumo perjudicial de alcohol

Evidencia: El consumo excesivo de alcohol está claramente establecido como un factor de riesgo para la mayoría de las formas de violencia contra los niños y las niñas y entre ellos, como el maltrato infantil, la violencia física y sexual en adolescentes de sexo femenino y masculino y la violencia de pareja (34). A nivel mundial, se calcula que el 17% de los adolescentes y el 6% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad consumen bebidas alcohólicas de manera excesiva (por ejemplo, consumieron 60 gramos o más de alcohol puro al menos una vez el mes pasado) (46). Las leyes y las políticas que limitan el acceso de los niños, las niñas y las personas adultas al alcohol, así como su consumo abusivo, pueden, por lo tanto, desempeñar un papel importante en la prevención de la violencia en la niñez.

En una revisión de los estudios científicos publicados entre 1950 y el 2015, se llegó a la conclusión de que el aumento del precio de las bebidas alcohólicas, la restricción de los días de venta y la limitación de la agrupación de varios expendios de licores en lugares muy próximos están todos asociados con reducciones sustanciales de la violencia interpersonal (47). Esta revisión mostró, además, que incluso cambios pequeños en las políticas, como aumentos del 1% del precio de las bebidas alcohólicas, el cierre una hora antes de lo habitual de los puntos de venta de este tipo de bebidas y la disminución del número de puntos de venta, reducen sustancialmente la violencia. Además, la fijación de un límite mínimo de edad para poder comprar bebidas alcohólicas es una medida eficaz para reducir el consumo en los jóvenes (48), y el fijar el límite a edades mayores tiene mayores probabilidades de disuadir a los jóvenes de beber, en comparación con límites fijados a edades más bajas (49). En la legislación de la mayoría de los países, el límite de edad establecido para la compra del alcohol es de 18 años, aunque hay muchas variaciones en cuanto al cumplimiento de esos límites (46).

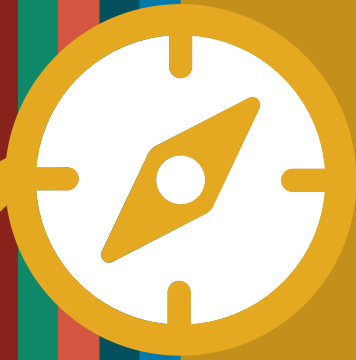


Leyes que limitan el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo

Evidencia: La edad mínima establecida por la ley para usar, poseer y adquirir un arma de fuego varía de un país a otro, aunque la mayoría fijan los 18 años como edad mínima. Una revisión sistemática reciente (50) de las intervenciones planificadas para reducir la posesión y el porte de armas ilegales encontró que las patrullas de policía dedicadas a la vigilancia del porte ilegal de armas de fuego pueden prevenir los delitos con armas de fuego (incluidos asesinatos, tiroteos, robos a mano armada y agresiones con armas de fuego).

Otras intervenciones como las leyes de **Prevención del Acceso de los Niños** (que responsabilizan al dueño del arma de fuego si un menor tiene acceso a un arma de fuego que no esté guardada en un lugar seguro) en los Estados Unidos están asociadas con reducciones de las lesiones por armas de fuego. Por ejemplo, un estudio longitudinal basado en los datos de 11 estados de los Estados Unidos (siete de los cuales aprobaron estas leyes entre 1988 y 2003) reveló que esas leyes estaban asociadas con la disminución de los niveles de lesiones no mortales por armas de fuego en menores de 18 años. Sin embargo, la mayoría de estas lesiones fueron accidentales, y los hallazgos relacionados con el homicidio juvenil y otros resultados de la violencia fueron incongruentes y débiles (51).

La evidencia relacionada con otras leyes y políticas en todo el mundo (por ejemplo, políticas de tolerancia cero en las escuelas, requisitos para la concesión de licencias, leyes para interrumpir la circulación ilegal de armas entre y dentro de las comunidades) no es uniforme (52). Sin embargo, en un estudio sudafricano reciente se encontró que la concesión de licencias más estricta y la circulación reducida de las armas de fuego representaba unas 4585 vidas salvadas en cinco ciudades principales entre el 2001 y el 2005 (con algunas de las reducciones más marcadas en los hombres de 15 a 29 años de edad) (53). Por consiguiente, las estrategias que abordan el acceso de los jóvenes a las armas de fuego son prometedoras, aunque se necesitan más investigaciones para determinar las maneras más eficaces de prevenir la posesión, el porte y el uso ilegal de armas por los jóvenes.



Normas y valores

Objetivo: Reforzar las normas y los valores que promueven las relaciones interpersonales no violentas, respetuosas, enriquecedoras, positivas y equitativas en cuanto al género para toda la población infantil y adolescente.



Justificación:

El cambio de las actitudes y las normas de la sociedad es una parte importante de la prevención de la violencia en la niñez (6). Sin embargo, para lograr este cambio menudo es necesario modificar normas y comportamientos sociales y culturales profundamente arraigados, en particular, la idea de que algunas formas de violencia no solo son normales, sino incluso justificables en algunos casos (54). Algunos ejemplos son los maestros que golpean a los estudiantes porque se considera legítimo el castigo violento; las niñas obligadas a tener relaciones sexuales porque los varones y los hombres creen tener derechos sexuales sobre las mujeres; la aceptación como algo normal del matrimonio infantil o de golpear a la esposa; niños varones de edades similares que obligan a los más jóvenes a participar en la violencia de pandillas como un “rito de iniciación”; y niñas y niños que no denuncian la violencia porque tienen miedo de sufrir estigmatización y vergüenza.

Por consiguiente, una estrategia dirigida a cambiar las actitudes y las normas sociales es una parte clave de las estrategias de INSPIRE y, aunque son difíciles de evaluar, las actividades encaminadas a cambiar las normas a nivel de un grupo pequeño o de la comunidad parecen ser más eficaces cuando se combinan con otros elementos como leyes o capacitación en aptitudes para la vida.

Esta estrategia contribuye a las actividades para lograr las metas 4.7 y 5.1 de los ODS y es apoyada por ellas:

- 4.7 De aquí al 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y de la contribución de la cultura al desarrollo sostenible.
- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Posibles efectos del cambio en las normas y los valores sobre la reducción de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de la aceptación de la violencia contra las mujeres, las niñas y los niños;
- disminución de los casos de matrimonio precoz y forzado;
- creencias más favorables hacia la equidad de género y hacia una división del trabajo que sea equitativa entre los sexos;
- actitudes más favorables hacia las formas no violentas de castigo por parte de los progenitores;
- mayor sensibilización acerca de lo que constituye un comportamiento abusivo hacia la pareja y hacia los niños y las niñas;
- aumento de las intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos para prevenir la violencia de pareja y la violencia contra los niños y las niñas, y
- disminución de la violencia física o sexual ejercida por los progenitores o la pareja.



Enfoques

Diversas evaluaciones de los programas y las políticas que modifican las normas de crianza y de género potencialmente perjudiciales han mostrado que los enfoques prometedores incluyen el cambio en la adhesión a las normas sociales y de género que son perjudiciales, los programas de movilización comunitaria y las intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos. Cuando estos enfoques han tenido el apoyo de campañas de movilización en los medios de comunicación y los medios sociales, así como de servicios propicios, han logrado promover un aumento de las denuncias de violencia y la promulgación de nuevas leyes y políticas que tipifican ciertas formas de violencia como delitos sancionables (54).

Cambiar la adhesión a las normas sociales y de género restrictivas y perjudiciales

Evidencia: Los programas en grupos pequeños dirigidos a mujeres y hombres adultos y adolescentes de sexo masculino y femenino han registrado algunos resultados significativos de prevención de la violencia (55 a 59). En la India se observó una disminución del 20% al 30% en la violencia de pareja (59) en los hombres que participaron en el programa **Yaari-Dosti**. Los hombres que participaron en el programa de los Estados Unidos llamado **Coaching Boys into Men** [preparar a los adolescentes para la edad adulta] notificaron una disminución del 38% en los incidentes de violencia física o sexual infligida por la pareja, 24 meses después de la intervención (59 y 60). Otro de los resultados significativos de este programa, que proporciona a los entrenadores deportivos de escuelas secundarias los recursos necesarios para fomentar el comportamiento respetuoso entre los jugadores y ayudar a prevenir el abuso, el acoso y la agresión sexual en las relaciones, fue el aumento en los espectadores pasivos de la intención de intervenir. El programa se ha aplicado tanto en comunidades de los Estados Unidos como en la India y Sudáfrica.

En Nepal, el objetivo del programa **Choices** [elecciones] es estimular las conversaciones entre niños y niñas de 10 a 14 años de edad para que puedan reflexionar sobre los temas relacionados con el poder y el género. Un estudio de casos y controles indicó que la participación en el programa **Choices** había ampliado la percepción de los niños y las niñas sobre los roles de género, incluido el rol de las mujeres como parte de la fuerza laboral y de los hombres como cuidadores, y que podría haber ayudado a los participantes a reconocer que tanto el acoso sexual como molestar a los niños que no se identifican con los roles habituales de su género (61) son inapropiados.



Poner fin al matrimonio infantil: un estudio de 23 programas

El matrimonio infantil es un factor de riesgo para la violencia de pareja contra las niñas y las mujeres, la muerte durante el parto y las complicaciones no mortales relacionadas con el embarazo (62), la mortalidad en menores de 1 año (63) y el peso bajo al nacer (64). El matrimonio infantil afecta desproporcionadamente a las niñas jóvenes, que tienen mayores probabilidades de que se las case que los niños (65 y 66). En todo el mundo se calcula que más de 60 millones de mujeres de 20 a 24 años de edad se habían casado antes de cumplir los 18 años (67). El alcance del matrimonio infantil varía mucho entre las regiones y las tasas más elevadas se encuentran en África occidental, seguida de Asia meridional, África del Norte y el Oriente Medio, y América Latina (68).

Una revisión efectuada en el 2011 por el Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (69) mostró un aumento del número de intervenciones dirigidas al matrimonio infantil durante el último decenio, pero se observó que pocas de ellas habían sido evaluadas de manera sistemática. Basada en el análisis de 23 programas que habían tenido algún tipo de evaluación, la revisión encontró que pocos programas se centraban exclusivamente en el matrimonio infantil, y que en la mayoría de los programas este problema se incluía entre las metas para lograr otros resultados de salud, bienestar o

empoderamiento de las adolescentes y las jóvenes. Los programas sobre el matrimonio infantil que fueron evaluados estaban muy concentrados en Asia meridional, y Bangladesh e India encabezaban la lista. Los países de África y del Oriente Medio, como Etiopía y Egipto, también contribuyeron a la base de evidencia (70).

En general, los programas han desplegado una o varias de las cinco estrategias fundamentales para prevenir el matrimonio infantil: el empoderamiento de las niñas por medio de información, aptitudes y redes de apoyo; educación y movilización de los padres, las madres y la comunidad; mejoramiento de la accesibilidad y la calidad de la escolaridad formal para las niñas; apoyo e incentivos económicos para las niñas y sus familias; y promoción de un marco legal y político favorable. El examen encontró que la mayoría de los diseños de evaluación eran débiles, pero que las reducciones más fuertes y sistemáticas del matrimonio infantil se habían observado en un subconjunto de programas que promovían la información, las aptitudes y la participación en redes de apoyo para las niñas, en combinación con la movilización comunitaria (69).



Programas de movilización comunitaria

Evidencia: El programa **SASA!** (palabra en kiswahili que significa “¡ahora!”) en Uganda es un buen ejemplo de cómo se puede movilizar el cambio de las normas por medio de enfoques comunitarios de prevención de la violencia contra la mujer (71). En las comunidades donde hombres y mujeres participaron en el programa, la violencia física infligida por la pareja contra las mujeres disminuyó el 52% y se redujo la aceptación social de la violencia. En el caso de las mujeres que sufrieron violencia de pareja, las respuestas apropiadas de la comunidad aumentaron a más del doble, y un estudio de seguimiento indicó que el beneficio para los niños y las niñas se había triplicado (véase el **recuadro 1**).

En Sudáfrica, la intervención de **Soul City**, una organización no gubernamental, para enseñar a las comunidades acerca de la violencia doméstica por medio de programas educativos y juegos logró una audiencia del 86%, el 25% y el 65% por televisión, folletos y radio, respectivamente. La evaluación también encontró una asociación demostrable entre la exposición del público a las cuatro series de Soul City, las cuales se centraban en la violencia de pareja y el aumento del conocimiento sobre los servicios de apoyo: el 41% de los entrevistados dijeron conocer la línea telefónica de ayuda establecida por Soul City (74). También se registraron cambios de actitud asociados con la intervención, dado que hubo un aumento del 10% en el número de entrevistados que no estaban de acuerdo en que la violencia de pareja fuera un asunto privado. La intervención también formuló un proyecto para múltiples medios de comunicación dirigido a niños y niñas de 8 a 12 años de edad llamado Soul Buddyz, que ofrecía contenidos de televisión, radio e interactivos para comunicar mensajes con potencial de salvar vidas antes de que este grupo etario pasara a ser sexualmente activo, con estrategias para enfrentar la intimidación o *bullying*, el racismo, la violencia, las relaciones sexuales y la infección por el VIH/sida (75).

Intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos

Evidencia: Varias evaluaciones experimentales indicaron que los programas como **Bringing in the Bystander** [involucrando al espectador pasivo] y el programa **Green Dot** [punto verde] de prevención de la violencia de la Universidad de Kentucky (Estados Unidos) empoderaban a la población joven para intervenir y prevenir la violencia en el noviazgo y contra personas conocidas (76 y 77). Las tasas de victimización por violencia interpersonal (medidas en el año académico anterior) fueron 17% más bajas en los estudiantes que recibieron la intervención (46%) en relación con los estudiantes de otros recintos educativos usados con fines comparativos (56%). Las tasas de violencia fueron inferiores en los recintos educativos que recibieron la intervención con respecto a aquellos usados con fines comparativos en lo relacionado con la victimización sexual, el acoso sexual, el acecho y la violencia psicológica infligida por la pareja (78).

Cabe destacar que todos los estudiantes, tanto de sexo femenino como masculino, que asistían a universidades donde había un programa Green Dot informaron una disminución de la victimización y los de sexo masculino notificaron tasas más bajas de perpetración, en comparación con los estudiantes de las universidades que no tenían el programa.



Recuadro 1

SASA! (Uganda)

Concebido por la organización Raising Voices y ejecutado en Kampala (Uganda) por el Centro para la Prevención de la Violencia Doméstica, el enfoque **SASA!** procura cambiar las actitudes de las personas, las normas de la comunidad y las estructuras, mediante el apoyo a la comunidad por entero a lo largo de un proceso gradual de cambio.

Para comenzar, se seleccionan y capacitan varios activistas comunitarios, hombres y mujeres comunes dispuestos a trabajar para prevenir la violencia. Los oficiales de policía, prestadores de servicios de salud, líderes institucionales, líderes del gobierno local y líderes culturales también reciben capacitación, lo que incluye el debate del concepto de “poder”. Luego de que se les presentan nuevas maneras de pensar acerca del poder y se los alienta a analizar los desequilibrios de poder relacionados con el género en su propia vida y comunidades, estos activistas comunitarios reciben apoyo para involucrar a sus comunidades en la misma reflexión crítica, no solo acerca del uso indebido del poder por parte de hombres y mujeres (con consecuencias para sus relaciones y comunidades), sino también sobre la forma en que las personas pueden usar su poder positivamente para fomentar el cambio a nivel individual y comunitario.

En las comunidades donde hombres y mujeres de 18 a 49 años de edad participaron en un estudio controlado aleatorizado comunitario de SASA!, la violencia física de pareja contra las mujeres disminuyó en un 52%, mientras que tanto hombres como mujeres manifestaron una menor aceptación social de la violencia (71-72). En un estudio de seguimiento se investigó si el programa también había tenido algún impacto en las experiencias de violencia de los niños y las niñas, y se llegó a la conclusión de que se había logrado impacto de tres maneras principales. En primer lugar, los datos cuantitativos indicaron que la reducción de la violencia de pareja llevó a una reducción del 64% de la prevalencia de niños y niñas que presenciaron violencia de pareja en el hogar. En segundo lugar, en el caso de las mujeres que experimentaron menos violencia de pareja, los datos cualitativos indicaron que las prácticas de crianza y disciplina también habían cambiado algunas veces, mejorando así las relaciones entre padres, madres e hijos (y en el caso de unos pocos padres y madres se había logrado un rechazo total del castigo violento como método disciplinario). En tercer lugar, algunos participantes dijeron haber intervenido para evitar la violencia contra los niños y las niñas (73).



Seguridad en el entorno

Objetivo: Propiciar y mantener la seguridad en las calles y otros entornos donde se reúne y pasa su tiempo la población infantil y joven.



Justificación:

Crear y mantener entornos comunitarios sin riesgos es una estrategia prometedora para reducir la violencia en la niñez que se concentra en los entornos comunitarios diferentes de los hogares y las escuelas, ya que estos últimos entornos están abarcados en las estrategias de “Padres, madres y cuidadores reciben apoyo” y de “Educación y aptitudes para la vida”. La estrategia de “Seguridad en el entorno” se concentra en modificar el entorno social y físico de las comunidades (y no a las personas que viven en ellas), con la intención de fomentar los comportamientos positivos y desalentar los comportamientos perjudiciales. Por lo general, en la base de evidencia actual que sustenta las intervenciones para prevenir la violencia a nivel comunitario no se desglosa el impacto protector por edad. Por consiguiente, a los fines de esta estrategia se adopta el supuesto de que las intervenciones comunitarias eficaces benefician por igual a la población infantil, joven y adulta.

Esta estrategia contribuye al logro de las metas 11.1 y 11.7 de los ODS, y recibe apoyo de las actividades dirigidas a su logro:

- 11.1 De aquí al 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
- 11.7 De aquí al 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.

Posibles efectos de los entornos seguros sobre la reducción de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de las lesiones producidas por agresiones, y
- mejora de la seguridad en los desplazamientos por la comunidad.



Enfoques

La evidencia indica que entre los enfoques que contribuyen a crear y mantener la seguridad en el entorno se encuentran las intervenciones específicas para abordar las “zonas críticas” de violencia comunitaria, interrumpir la propagación de la violencia y mejorar el entorno construido. Además, es importante conseguir que las instituciones, como los establecimientos temporales y alternativos de atención, orfanatos, comisarías de policía y centros de detención, sean seguras para los niños y las niñas. La protección de los agresores jóvenes es esencial y, aunque el tema está fuera del alcance de este conjunto de estrategias, es indispensable que la legislación, las políticas y los programas logren que los niños y niñas privados de la libertad tengan acceso a sistemas judiciales justos, eficaces y sensibles a ellos que promuevan medidas diferentes a la privación de la libertad para los menores que son presuntos agresores 79).

Reducción de la violencia mediante la atención a las “zonas críticas”

Evidencia: En estudios de Brasil (80), Canadá (81), Sudáfrica y Estados Unidos (83) se indica que muchos casos de violencia juvenil ocurren en lugares específicos (por ejemplo, en ciertas calles, clubes y bares). Por consiguiente, es posible reducir la violencia si los esfuerzos de prevención se dirigen sistemáticamente hacia estas “zonas críticas” (véase el **recuadro 2**). En una revisión sistemática de 10 estudios controlados aleatorizados se encontró que la vigilancia policial en las zonas críticas había producido reducciones significativas en los delitos contra la propiedad, los delitos violentos y las alteraciones del orden público. Es importante señalar que en la revisión sistemática se hicieron los ajustes correspondientes para que el posible desplazamiento de la delincuencia y la violencia a lugares vecinos no restara validez a los resultados. En esta revisión también se evaluaron las estrategias de vigilancia policial de las zonas críticas combinadas con estrategias de vigilancia policial dirigida a un problema y se llegó a la conclusión de que una combinación de ambos enfoques producía la mayor reducción general de la delincuencia y la violencia (84).



Recuadro 2

El modelo de Cardiff (Gales)

El **modelo de Cardiff** para la prevención de la violencia (85 y 86) consiste en recopilar datos anónimos acerca de “quién, qué, cuándo, dónde y cómo” sobre las lesiones relacionadas con la violencia atendidas en las salas de urgencia de

los hospitales de Cardiff (Gales) y combinarlos con los datos sobre incidentes relacionados con violencia registrados por la policía. La combinación de los datos provenientes de los servicios de salud y de la policía permite que se pueda predecir con mayor exactitud

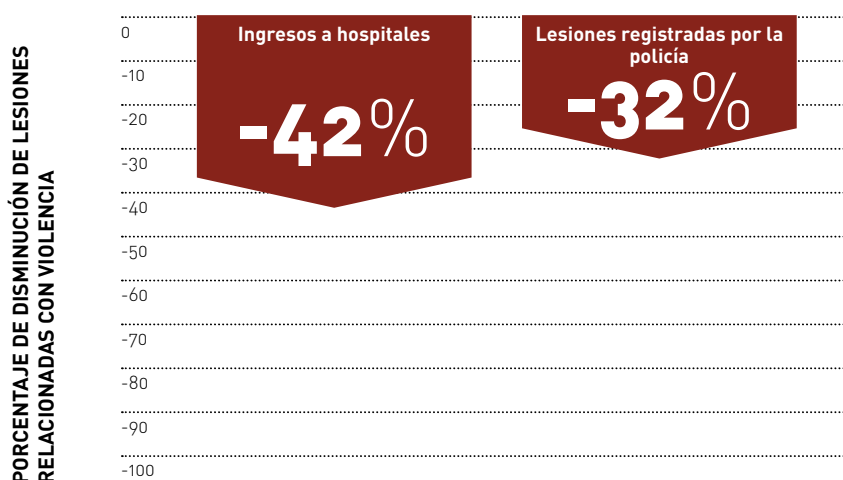


las modalidades futuras de violencia y las zonas críticas de violencia, y se usa para diseñar y orientar la vigilancia policial y otras intervenciones, que hasta el presente han incluido lo siguiente:

- vigilancia policial específica, en la que el despliegue de las unidades de policía se hace según la hora y el lugar en que ocurre la violencia en ciertas zonas críticas;
- vigilancia específica de los establecimientos autorizados para vender alcohol y asociados con incidentes violentos;
- fundamento en las solicitudes y apelaciones de licencias para la venta de alcohol;
- elaboración de estrategias para reducir los riesgos asociados con tipos específicos de armas (por ejemplo, hacer cumplir la obligación de usar vasos plásticos, reducir la disponibilidad de botellas de vidrio), y
- fundamento para otras estrategias sociales y de salud pública, como los servicios para consumidores de drogas y alcohol.

Se hizo una evaluación del modelo de Cardiff para establecer cuál había sido su impacto en el número de lesiones relacionadas con la violencia atendidas en las salas de urgencia y los incidentes de violencia notificados a la policía a lo largo del tiempo, para luego comparar estas tasas con las de ciudades similares en el Reino Unido donde no se aplicaba este método de intercambio de datos. La evaluación mostró que la estrategia había impulsado una reducción del 42% de los ingresos a hospitales, además de una reducción del 32% de las lesiones registradas por la policía con respecto a las ciudades utilizadas como puntos de comparación (véase la **figura 5**). Si bien esto no se aplica a la población infantil, la proporción elevada de adolescentes que presentaron lesiones relacionadas con la violencia en la ciudad de Cardiff indica que quedan pocas dudas de que la violencia en adolescentes se redujo gracias a este enfoque. Según el análisis de la relación costo-efectividad del modelo de Cardiff, se calcula una reducción de los costos económicos y sociales de la violencia de £ 6,9 millones en el 2007 (86).

Figura 5: Disminución de las lesiones relacionadas con la violencia después de la aplicación del modelo de Cardiff



Fuente: (85)




Impedir la propagación de violencia

Evidencia: Según varias evaluaciones casi experimentales realizadas en Chicago, Baltimore, Brooklyn y la ciudad de Nueva York (87 a 90), el programa **Cure Violence** [curar la violencia] está asociado con menos tiroteos, asesinatos y homicidios por venganza en las comunidades donde se ha ejecutado plenamente, con reducciones de la violencia del 20 al 70%. Usando un enfoque de salud pública que suele aplicarse para detener brotes de enfermedades, el modelo de Cure Violence conceptualiza la violencia como una enfermedad epidémica y se basa en tres componentes principales para detenerla: 1) la interrupción de la transmisión en la comunidad; 2) la prevención de su propagación en la comunidad; y 3) el cambio de las normas o condiciones de la comunidad que mantienen la transmisión. El programa Cure Violence procura que los vecindarios expuestos a alto riesgo de violencia por armas de fuego sean más seguros y ha sido particularmente eficaz para reducir la violencia por armas de fuego en las zonas críticas de la comunidad. En concreto, el modelo utiliza personas de alto riesgo capacitadas especialmente para servir como vínculo con los jóvenes en riesgo para detectar e interrumpir los conflictos, remitir a estos jóvenes a los servicios y cambiar las creencias de las comunidades acerca de la aceptabilidad de la violencia. En una evaluación se encontró que el modelo había reducido considerablemente la aceptación del uso de la violencia (cambio de la actitud y de las normas), tanto en los participantes en el programa como en los jóvenes de la comunidad, a corto plazo y a lo largo del tiempo. Los jóvenes de las comunidades donde se ejecutó el programa se mostraron significativamente menos propensos a respaldar el uso de la violencia como estrategia para resolver los conflictos a los 6 y 17 meses siguientes a la ejecución del programa, en comparación con las comunidades usadas como puntos de comparación (88). En el 2016, se está aplicando el modelo de Cure Violence en 22 ciudades de ocho países (véase: <http://cureviolence.org/resources/cure-violence-resources/>).

Mejora del entorno construido

Evidencia: La prevención de la delincuencia mediante el diseño del entorno es un campo en desarrollo que está generando evidencia prometedora (de países de ingresos altos y de algunos de ingresos medianos y bajos) para las intervenciones que previenen los delitos violentos al cambiar la manera en que se diseña el entorno físico. Algunos de los aspectos comunes de la prevención de la delincuencia mediante el diseño del entorno son la incorporación de elementos que facilitan a las personas ver a quienes están a su alrededor y adoptar medidas para evitar posibles amenazas, que ayudan a controlar el acceso a los lugares, y que aumentan el sentido de pertenencia y promueven un comportamiento favorable hacia lo social. Los ejemplos incluyen pero no se limitan al diseño paisajístico, la creación y el mantenimiento de espacios verdes, la conversión de los lotes baldíos en espacios verdes, la iluminación, la renovación de edificios abandonados, el transporte seguro y accesible, y la garantía de que el trayecto de los niños hasta la escuela sea seguros (91).



En Colombia se evaluó un ejemplo de estos programas. En el 2004, las autoridades municipales de Medellín establecieron un sistema de transporte colectivo público y gratuito para comunicar los vecindarios aislados situados en zonas de ingresos bajos con varios parques, bibliotecas y centros comunitarios recién construidos en el centro de la ciudad. El desarrollo adaptado al tránsito estuvo acompañado de inversiones municipales en infraestructura para la comunidad. Las intervenciones no abarcaban todos los vecindarios y, por eso, brindaban una oportunidad de comprobar los efectos de estos cambios en la violencia mediante un “experimento natural”, no aleatorizado. Las tasas de violencia se evaluaron antes y después de la finalización del proyecto de tránsito, por medio de entrevistas a 225 personas en los vecindarios con la intervención y a 241 en los en vecindarios de control comparables (92). La intervención estuvo asociada a disminuciones significativas en la violencia en el vecindario. Entre el 2003 y el 2008, los homicidios en los barrios con la intervención se redujeron un 66% más y las denuncias de hechos violentos un 74 % más que en los vecindarios de control (92). Los residentes de los vecindarios con la intervención también estuvieron más dispuestos a confiar en la policía. Aunque los efectos sobre las tasas de violencia no se desglosaron por edad, el hecho de que el 40% de los residentes en las áreas de la intervención tenían entre 12 y 20 años y que los adolescentes mayores, en particular, están expuestos a un alto riesgo de homicidio, hace probable que los jóvenes se hayan beneficiado de la intervención.



Padres, madres y cuidadores reciben apoyo

Objetivo: Reducir las prácticas de crianza severas y crear relaciones positivas entre padres, madres e hijos.



Justificación:

Ayudar a que padres, madres y cuidadores comprendan la importancia de la disciplina positiva y no violenta para el desarrollo infantil, así como de la comunicación cercana y eficaz entre padres e hijos para reducir las prácticas de crianza severas, crear interacciones positivas entre ellos, y ayudar a mejorar los vínculos entre los padres, las madres u otros cuidadores y los menores a su cargo, factores todos que ayudan a prevenir la violencia en la niñez. Brindar apoyo a las familias, los padres, las madres y otros cuidadores para que aprendan prácticas de crianza positiva (es decir, prácticas que refuercen los comportamientos adecuados de una manera positiva sin recurrir a castigos físicos) puede evitar la separación de los niños de su familia, el riesgo de maltrato infantil en el hogar o de ser testigos de violencia de pareja contra la madre o madrastra, y el comportamiento violento en niños y adolescentes (93 a 95). Las evaluaciones de estos programas también indican que este tipo de prevención es menos costosa que el precio que debe pagarse por las consecuencias de la violencia en la niñez (96).

Esta estrategia contribuye a las actividades para lograr las metas 1.3, 3.2 y 4.2 de los ODS y es, a su vez, apoyada por ellas:

- 1.3 Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos,^d y, de aquí al 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.
- 3.2 De aquí al 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos.
- 4.2 De aquí al 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.

Posibles efectos del apoyo brindado a padres, madres y cuidadores sobre la reducción de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de los casos demostrados de maltrato infantil y de las derivaciones a los servicios de protección infantil;
- disminución de las prácticas de crianza abusivas, negativas o severas, sobre todo en cuanto a la disciplina;
- disminución de los casos de intimidación o *bullying* (ya sea como agresor o como víctima);
- disminución de la violencia física, emocional o sexual ejercida por la pareja o por pares;
- disminución de las agresiones y los delitos durante la adolescencia;
- aumento de las interacciones positivas entre padres e hijos, y
- aumento de la vigilancia por parte de los progenitores de la seguridad de los menores a su cargo.

^d Por ejemplo, las garantías de la seguridad social básica que aseguran acceso a la atención de salud esencial y la seguridad del ingreso a nivel nacional.



Enfoques

Los enfoques para brindar apoyo a padres, madres y cuidadores pueden variar según el tipo de violencia que se pretende abordar, la edad del niño o la niña y la manera en que se ejecutan las políticas y los programas. La evidencia muestra que, como componente de intervenciones integrales, varias modalidades de apoyo son eficaces, como las visitas domiciliarias, la capacitación y el apoyo basado en grupos en entornos comunitarios y la capacitación con respecto a la crianza.

Apoyo a los padres, madres y cuidadores por medio de visitas domiciliarias

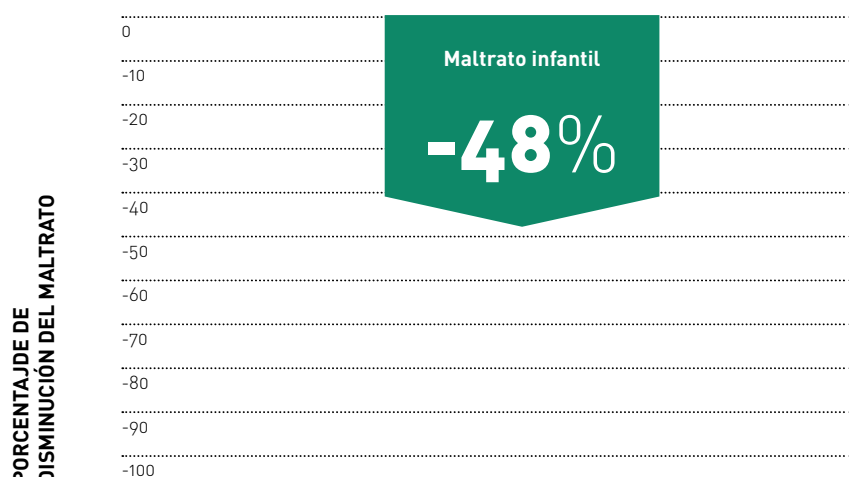
Evidencia: La evidencia sobre la eficacia de los programas de visitas domiciliarias es convincente (aunque casi todos los estudios examinados provienen de países de ingresos altos). Por ejemplo, mediante una revisión sistemática de más de 20 estudios de programas de visitas domiciliarias de los Estados Unidos se llegó a la conclusión de que las visitas domiciliarias habían reducido sustancialmente el maltrato infantil (97).^e

El ejemplo mejor estudiado es el del programa **Nurse-Family Partnership** ([colaboración enfermera-familia], NFP, por su sigla en inglés) de los Estados Unidos que comenzó en 1977 con el propósito de promover un entorno seguro en el hogar, alentar el cuidado competente de los niños y las niñas por parte de padres y madres, y mejorar el apoyo material a las familias al ponerlas en contacto con los servicios sociales y de salud. En la aplicación de este modelo son fundamentales las enfermeras profesionales tituladas que hacen visitas a domicilio a madres jóvenes, madres primerizas y madres de escasos recursos durante los primeros dos años de vida de sus hijos. Tres estudios controlados aleatorizados de la NFP, efectuados a lo largo de varios decenios, documentaron resultados positivos a largo plazo, como el mejoramiento de la salud prenatal, la disminución de las lesiones de los niños y las niñas y de los embarazos no deseados y un aumento de la tasa de empleo de las madres (98). En el seguimiento realizados 15 años después del primer estudio se observó una disminución del 48% de los casos de abuso y negligencia en el cuidado infantil en las familias que habían recibido las visitas domiciliarias, en comparación con las que no las recibieron (**figura 6**) (99). Además, este programa demostró ser eficaz en función de su costo: un análisis de la relación entre los costos y los beneficios del programa demostró que se había ahorrado cuatro veces la suma de dinero invertida en su ejecución (100). El programa se está ampliando ahora a mayor escala en todos los Estados Unidos y, además, se está aplicando en Australia, Canadá, los Países Bajos y el Reino Unido, entre otros.

^e No todos los programas de visitas domiciliarias son igualmente eficaces. La mayoría de las revisiones coinciden en que a nivel de los programas individuales, algunos muestran poco o ningún efecto y otros muestran efectos considerables. Estas diferencias probablemente reflejan el contenido y el énfasis tan variables de los modelos de visitas domiciliarias. Por ejemplo, algunos incluyen la ejecución de programas por enfermeras profesionales, mientras que otros utilizan a personas capacitadas que no son enfermeras profesionales; algunos incluyen intervenciones prolongadas durante varios años y otros comprenden un número reducido de intervenciones en un período breve.



Figura 6: Disminución del maltrato infantil gracias al programa de colaboración entre las enfermeras y la familia, al momento del seguimiento a los 15 años



Fuente: (101)

Para más información véase:

http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.aspx [en inglés].

En una revisión sistemática realizada en el 2013, se analizó la eficacia de los programas para mejorar las aptitudes de crianza positiva y disminuir la crianza severa y abusiva en países de ingresos medianos y bajos (102). Aunque se encontraron pocos estudios rigurosos, los resultados de los dos estudios más grandes y de mejor calidad sugieren que las intervenciones orientadas a mejorar la crianza podrían ser factibles y eficaces para mejorar la interacción entre padres e hijos y los conocimientos que padres y madres tienen en relación con el desarrollo infantil. Por ejemplo, en 1998 en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) se ejecutó un programa de visitas a domicilio mediante el cual se brindó capacitación a madres sin formación previa que luego a su vez hicieron un promedio de 16 visitas domiciliarias a nuevas madres que vivían en una comunidad de bajos recursos. Los resultados de la evaluación del estudio aleatorizado mostraron que 12 meses después de haber finalizado el programa, las visitas a domicilio todavía tenían un efecto positivo considerable en la calidad de la relación entre la madre y el lactante, y contribuían a que el lactante se sienta seguro en su vínculo con la madre, factores estos dos que son reconocidos como protectores contra el maltrato infantil y beneficiosos para el desarrollo infantil (103).



Capacitación y apoyo para padres, madres y cuidadores prestados de manera grupal en entornos comunitarios

Evidencia: La evidencia acerca de la capacitación con respecto a la crianza y el apoyo en grupos es prometedora. La iniciativa **ACT Raising Safe Kids** [programa ACT para criar a los hijos de una manera segura] aplicada en por lo menos diez estados de los Estados Unidos y en algunos países de ingresos bajos y medianos ha resultado eficaz para reducir la disciplina excesivamente severa hasta en un 50% (104), mientras que **SOS!**, un programa a cargo de prestadores de atención primaria en los centros de salud durante las visitas para la vacunación de rutina, ha reducido significativamente la crianza abusiva o negligente en una serie de países de ingresos bajos y medianos (102).

Los programas relacionados con la crianza en entornos tras un conflicto y con poblaciones desplazadas también han resultado eficaces. El trabajo realizado por el **Comité Internacional del Rescate** con familias birmanas emigrantes y desplazadas en la frontera entre Myanmar y Tailandia (105) y con comunidades en situación de gran pobreza en zonas rurales de Liberia (106) demostró, por medio de estudios controlados aleatorizados, que los programas de crianza organizados en grupos, en combinación con un número limitado de visitas domiciliarias, pueden reducir los castigos severos, físicos y psicológicos, aumentar las estrategias positivas para manejar el comportamiento infantil, y mejorar la calidad de la interacción entre el cuidador y el niño.

El programa **Parents/Families Matter!** [¡los padres, las madres y las familias cuentan!] es una intervención centrada en las personas adultas para promover las prácticas de crianza positiva y la comunicación eficaz entre padres e hijos con respecto a temas como el sexo, la sexualidad, la disminución de los riesgos sexuales, la prevención de la infección por el VIH, la violencia física y emocional, y el abuso sexual. El objetivo de este programa es aumentar la sensibilización de los padres y las madres acerca

del papel importante que desempeñan en la vida de sus hijos e hijas a medida que estos se acercan a la adolescencia, mejorar las aptitudes de crianza positiva y prepararlos para que puedan comunicarse mejor con respecto a temas relacionados con el sexo (6).

El programa se ejecuta mediante intervenciones comunitarias y en grupos dirigidas a padres, madres y cuidadores de niños y niñas de 9 a 12 años de edad. En la actualidad, el programa se ejecuta en ocho países africanos con el apoyo de los CDC y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). En el 2013, se agregó un sexto módulo sobre abuso sexual en la niñez para complementar el programa existente de cinco sesiones. El objetivo de este módulo es aumentar la sensibilización de los progenitores acerca del abuso sexual de los niños y las niñas, las maneras de prevenirlo y, en caso necesario, cómo responder ante él (6).

Los materiales de Parents/Families Matter! se han traducido a 15 idiomas. En la evaluación que se hizo antes y después de la intervención se encontró que habían aumentado considerablemente los conocimientos y aptitudes de los progenitores, al igual que su confianza en la comunicación con sus hijos e hijas adolescentes acerca de la sexualidad y la disminución de los riesgos sexuales. Una evaluación del programa efectuada en Kenya demostró que tanto padres como hijos habían indicado un aumento importante en la vigilancia por parte de los progenitores y el mejoramiento de la comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad y los riesgos sexuales. Esa evaluación también mostró que la comunidad había recibido favorablemente la intervención. Hasta la fecha, el programa Parents/Families Matter! ha ayudado a más de 400.000 familias y 90% de los participantes han asistido a todas las sesiones del programa (6).



Parenting for Lifelong Health (Sudáfrica)

En Sudáfrica, la iniciativa **Parenting for Lifelong Health** [crianza para una vida saludable] está elaborando, sometiendo a prueba y difundiendo ampliamente un conjunto de programas de crianza asequibles y basados en la evidencia, impartidos en grupos para entornos de escasos recursos (107). Los programas de esta iniciativa se centran principalmente en prevenir el maltrato infantil y la participación en otras formas de violencia, como la violencia juvenil y la violencia de pareja. Dichos programas se dirigen a mejorar la crianza de los lactantes pequeños (desde última etapa del embarazo hasta los 6 meses), los lactantes más grandes (de 14 a 16 meses), los niños y las niñas (de 2 a 9 años) y los adolescentes de ambos sexos (de 10 a 17 años de edad). Todos los programas prototipo de esta iniciativa se basan en principios compartidos de aprendizaje social, que incluyen

servir de modelo para los comportamientos que se aprenden en la niñez, adquirir aptitudes de crianza positiva antes de aplicar castigos físicos, dar refuerzo positivo para promover el buen comportamiento infantil, dar instrucciones en forma positiva, pasar por alto el comportamiento negativo de búsqueda de atención y fijar límites de una manera que no sea violenta.

La evidencia preliminar indica que estos programas prototipos han sido eficaces en Sudáfrica (103, 108). Por ejemplo, los resultados preliminares de un estudio controlado aleatorizado amplio sobre el programa prototipo dirigido a mejorar las aptitudes de crianza en relación con los adolescentes, llevado a cabo en las zonas rurales y urbanas de la Provincia Oriental del Cabo, indican que, en comparación con un grupo de referencia, según tanto cuidadores como adolescentes el abuso físico se redujo en un 44% y 48%, respectivamente, el maltrato emocional se redujo en un 61% y un 28% respectivamente, y las prácticas de crianza positiva mejoraron tanto en los grupos de intervención para cuidadores (aumento de 17%) como en los grupos de intervención para adolescentes (aumento de 7%) (Cluver L, Universidad de Oxford, datos inéditos, 8 de marzo del 2016). Los programas de Parenting for Lifelong Health se están adaptando y probando en otros países de ingresos bajos y medianos, como la República Democrática del Congo, El Salvador, Kenya, Lesotho, Filipinas, Sudán del Sur y Tanzania.

Capacitación y apoyo dirigidos a padres, madres y cuidadores como parte de programas integrales

Evidencia: Los programas integrales se dirigen a las familias en situación de vulnerabilidad, como las que incluyen madres adolescentes o progenitores con ingresos bajos, y suelen prestarse en entornos comunitarios como los centros de salud, las escuelas o los centros comunitarios. Por lo general, proveen apoyo a la familia, educación preescolar, cuidado infantil y servicios de salud. Están dirigidos a reducir los factores de riesgo de la violencia infantil, como el comportamiento perturbador y agresivo temprano, las aptitudes cognitivas y socioemocionales deficientes, la falta de apoyo social, y crianza inadecuada. Algunos de los programas que incluyen un componente de crianza se concentran en gran medida en desarrollar aptitudes socioemocionales positivas (como el programa **Positive Action** [actuación positiva] de los Estados Unidos), o pueden orientarse específicamente a prevenir la violencia de pareja y la violencia entre pares (como **KiVa** en Finlandia y en por lo menos otros 15 países, y **Families for Safe Dates** [familias para noviazgos seguros] en los Estados Unidos). Estos programas estuvieron asociados a reducciones significativas, entre el 20 y 60%, de los comportamientos violentos, una reducción de 20% de la intimidación o *bullying* y una reducción de 70% del maltrato físico en el noviazgo (109–112).



Ingresos y fortalecimiento económico

Objetivo: Mejorar la seguridad y la estabilidad económicas de las familias, con la consiguiente reducción del maltrato infantil y de la violencia de pareja.



Justificación:

Las intervenciones para fortalecer los ingresos y otros aspectos económicos pueden beneficiar a los niños y las niñas al disminuir el maltrato infantil y reducir la violencia de pareja. De esta forma, se reduce al mínimo la probabilidad de que los menores sean testigos de esa violencia y sufran las consecuencias, lo que incluye la posibilidad de que ellos mismos se conviertan en víctimas o perpetradores de la violencia. Además, el aumento del acceso de las mujeres a los recursos económicos fortalece la situación económica del hogar de maneras que pueden prevenir el abuso y la negligencia en el cuidado infantil. Por ejemplo, los recursos económicos permiten que las mujeres aumenten las inversiones en la educación de sus hijos e hijas, con lo cual mejora la asistencia a la escuela, un factor de protección con respecto a la violencia en la niñez.

Esta estrategia contribuye a las actividades para lograr las metas 1.3, 1.4, 5.2, 5.3 y 10.2 de los ODS y es apoyada por ellas:

- 1.3 Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos y, de aquí al 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.
- 1.4 De aquí al 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos y acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación.
- 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
- 10.2 De aquí al 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.

Posibles efectos del empoderamiento económico de las familias sobre la disminución de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de la violencia física en la niñez ejercida por los padres, las madres u otros cuidadores;
- disminución de la violencia de pareja;
- disminución de la violencia de pareja presenciada por los niños y las niñas en el hogar;
- disminución de los casos de matrimonio precoz y matrimonio forzado de niñas;
- aumento de las normas y actitudes sociales que desapruaban la violencia de pareja.



Enfoques

Los análisis de la evidencia acerca del fortalecimiento de los ingresos y de otros aspectos económicos muestran que entre los enfoques prometedores se encuentran las transferencias de dinero en efectivo, así como los programas que integran la capacitación en materia de equidad de género con las asociaciones comunitarias de ahorro y crédito, o con la microfinanciación (113).

Transferencias de dinero en efectivo

Evidencia: Desde mediados de la década del 2000, los gobiernos de países de ingresos bajos y medianos han invertido cada vez más en las transferencias de dinero en efectivo, es decir, pagos al contado, directos y regulares que aumentan los ingresos de los hogares en situación de vulnerabilidad y parecen mejorar el acceso a los servicios de salud y la educación (114). Cuando se proveen transferencias de dinero en efectivo a las mujeres en combinación con alguna otra intervención, como la capacitación para la crianza, se ha mostrado que además mejora la vigilancia de los niños y las niñas por los padres y las madres, se reduce el maltrato infantil y aumenta el comportamiento social que es positivo, útil y destinado a promover la aceptación social y la amistad entre los adolescentes varones (115-117).

Sin embargo, también hay pruebas de que las transferencias de dinero en efectivo para las niñas, sin ningún tipo de intervención complementaria (social o conductual), pueden aumentar su riesgo de acoso sexual. Un estudio indicó (118) que, si bien las adolescentes que tenían una cuenta de ahorros aumentaban su capital económico, también era más probable que hubieran sufrido caricias de tipo sexual o acoso sexual por parte de los hombres. Es importante señalar que esto indica que la creación de recursos económicos debe acompañarse del fortalecimiento simultáneo del capital social, por ejemplo, de las redes de relaciones sociales y de los conocimientos sobre salud reproductiva, para evitar que las niñas se vuelvan más vulnerables a un riesgo mayor de violencia sexual.

El programa **Oportunidades** de México está orientado a mejorar la educación, así como la salud y la nutrición, al proporcionar transferencias condicionadas de dinero en efectivo a las familias. Las transferencias dependen de que las familias cumplan ciertas condiciones, como garantizar la asistencia de los niños y las niñas a la escuela. Las evaluaciones del programa aportaron evidencia clara de que estas intervenciones conducen al aumento de varios factores que protegen contra la violencia juvenil, como un aumento de la matrícula escolar y de los años totales de escolaridad, niveles menores de deserción escolar y disminución del consumo de alcohol (119).

Se ha demostrado que las transferencias de dinero en efectivo mejoran la vigilancia por los padres y las madres, reducen el maltrato infantil en un 10%, disminuyen los síntomas agresivos en los niños y las niñas en un 10% y aumentan el comportamiento social, en particular en los varones adolescentes (115-117). Tres estudios controlados aleatorizados (en California y Wisconsin, Estados Unidos) en los que se combinaban las transferencias de dinero en efectivo con otro tipo de apoyo, como el seguro de salud y los subsidios para el cuidado infantil, o el cuidado infantil junto con ayuda para obtener un diploma de estudios secundarios, conseguir un trabajo o recibir capacitación en el trabajo, mostraron mejoras en



cuanto a la crianza positiva (115, 116, 120). También se ha demostrado que las transferencias de dinero en efectivo ayudan a mantener a las niñas y los niños en la escuela, y a reducir la violencia de pareja presenciada por los niños, lo que a su vez puede reducir la probabilidad de que estos se conviertan en víctimas de violencia o agresores en etapas posteriores de la vida (121, 122).



Las transferencias de dinero en efectivo ayudan a reducir el abuso y la explotación sexual de los niños y las niñas (Kenya, Zambia, Zimbabwe, Malawi, Tanzania)

Las transferencias de dinero en efectivo son una herramienta que se utiliza cada vez más en las estrategias de protección social adoptadas por los gobiernos africanos. Debido a que abordan directamente los factores estructurales como la pobreza y los obstáculos para obtener acceso a la educación, y a que reducen indirectamente la desigualdad en materia de género, las transferencias de efectivo tienen potencial para reducir el riesgo de abuso y explotación sexual de la población infantil y joven.

Mediante varias evaluaciones de impacto, el **Transfer Project** [proyecto transferencia] ha establecido una base de evidencia que demuestra el impacto positivo que han tenido los programas a gran escala de transferencias de dinero en efectivo, administrados por el gobierno para fines

sociales, en una variedad de resultados con respecto al bienestar y los aspectos económicos y de protección de los niños y las niñas en ocho países africanos. Este trabajo está conectado con la programación y las estructuras gubernamentales y contribuye a la formulación y ampliación de los programas nacionales. La evidencia emergente muestra que el **Harmonized Social Cash Transfer Programme** [programa social armonizado de transferencia de dinero en efectivo] de Zimbabwe ha reducido la probabilidad de que la población joven esté expuesta a mantener relaciones sexuales forzadas, mientras que un programa similar en Malawi contribuyó a retrasar el inicio de la vida sexual de la población joven.

Para más información véase:
<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer> [en inglés]



Grupos de ahorro y asociaciones de crédito combinadas con capacitación sobre la equidad de género y las normas conexas

Evidencia: En Côte d'Ivoire, se realizó un estudio controlado aleatorizado a fin de evaluar un programa de grupos de ahorro y crédito que funcionaba en combinación con debates en grupos de hombres y mujeres acerca de la equidad en los roles y normas de género. Se encontró que en el año anterior, gracias al programa, se había reducido la violencia física de pareja en más de 50% en las mujeres que habían asistido con sus compañeros (a más de 75% de las sesiones de intervención del programa), en comparación con las que participaban solamente en las actividades de los grupos de ahorro (123). Esta reducción también debería disminuir la exposición en la niñez a la violencia doméstica, que es un factor de riesgo importante para que los niños y las niñas más tarde se conviertan en víctimas o agresores.

Sin embargo, aunque el programa redujo significativamente la violencia contra las mujeres que se casaban ya adultas, no tuvo ningún efecto en el caso de las niñas que estaban en relaciones de noviazgo (124). Por lo tanto, antes de tomar la decisión de ejecutar alguna intervención es fundamental considerar cuidadosamente la manera en que los programas pueden repercutir en el riesgo de violencia para ciertos grupos de personas.

Microfinanciación combinada con formación sobre normas y equidad de género

Figura 4: Disminución de la violencia de pareja en 430 mujeres que recibieron la intervención con el programa IMAGE de microfinanciación para el sida y la equidad de género



Fuente: (128)

Evidencia: En zonas rurales de Sudáfrica, varias evaluaciones experimentales mostraron que un programa de microfinanciación combinado con capacitación sobre la infección por el VIH, las normas de género, la violencia doméstica y la sexualidad, conocido como **IMAGE** [intervención de microfinanciación para el sida y la equidad de género], redujo en 50% la exposición de las mujeres participantes en la intervención a la violencia física o sexual, en comparación con un grupo de referencia (Figura 4) (125–127).



Empoderamiento y medios de subsistencia para adolescentes (Afganistán y Uganda)

El programa **Empowerment and Livelihood for Adolescents** [empoderamiento y medios de subsistencia para adolescentes] ofrece a cientos de miles de mujeres adolescentes, entre los 14 y los 20 años de edad, la oportunidad de llevar una vida mejor mediante mentoría, desarrollo de aptitudes para la vida y capacitación en microfinanzas. Promovido en Bangladesh por la organización de desarrollo internacional BRAC, funciona también en otros países como Afganistán y Uganda. Este programa se diferencia de la mayoría de los programas de desarrollo de aptitudes de dos maneras: el programa combina la capacitación en aptitudes para la vida con capacitación en cuanto a los medios de subsistencia, de manera que el empoderamiento social se refuerza mediante el empoderamiento financiero. La capacitación se imparte a través de clubes especiales para las adolescentes y no en las escuelas. Los clubes ayudan a llegar hasta las que estudian, así como hasta las que han abandonado la escuela, y ofrecen un espacio donde ellas se sienten lo bastante seguras para abordar los problemas en grupos pequeños y forjar redes de relaciones sociales, lejos de las presiones familiares y de la sociedad centrada en los hombres (6).

Encabezados por mentoras de la misma edad, los programas informan a las adolescentes sobre sus derechos, las ayudan a resolver los conflictos y las capacitan en cuestiones relativas a la salud y el género, en particular, la salud sexual y reproductiva. Las muchachas aprenden la importancia de permanecer en la escuela y de evitar tanto el matrimonio precoz como el embarazo. Las mentoras también capacitan a las adolescentes sobre temas financieros básicos, por ejemplo, la forma de ganar dinero y ahorrar, además de la capacitación en aptitudes para la subsistencia, planificación de negocios y manejo de un presupuesto, para que adquieran confianza y un modo de pensar orientado hacia los emprendimientos (6).

El programa se ha sometido a prueba rigurosamente y ha demostrado tener efectos positivos en la vida de las adolescentes. En el 2014, el Banco Mundial realizó una evaluación de este programa en Uganda, país que tiene una de las tasas más altas de todo el mundo de mujeres jóvenes desempleadas y tasas de embarazo de adolescentes de 10 a 12%. El informe encontró que entre las participantes en el programa (en comparación con las adolescentes no participantes):

- las tasas de embarazo de adolescentes bajaron un 26%, mientras que el uso de condones aumentó en 28%;
- el matrimonio precoz y la cohabitación disminuyeron en 58%, y
- las relaciones sexuales no deseadas informadas disminuyeron en 50%.

Además, se produjo un aumento de 72% de la participación de las adolescentes que habían asistido al programa en actividades generadoras de ingresos, casi totalmente debido al empleo por cuenta propia. En particular, la evaluación no encontró ninguna reducción de las tasas del nivel de la matrícula escolar en las participantes en el programa. De hecho, las niñas que habían abandonado los estudios anteriormente tenían mayores probabilidades de querer volver a matricularse, lo que sugiere una correlación positiva entre el empoderamiento de las niñas mediante la capacitación vocacional y en aptitudes para la vida y su disposición a tomar parte en la educación formal (129, 130).



Respuesta de los servicios de atención y apoyo

Objetivo: Mejorar el acceso a los servicios de salud, bienestar social y justicia penal de buena calidad para todos los niños y las niñas que los necesiten, entre otras cosas, para denunciar casos de violencia, con el fin de reducir el impacto de la violencia a largo plazo.



Justificación:

Los servicios básicos de salud, como la atención médica de urgencia para lesiones relacionadas con la violencia y la atención clínica para las personas que han sufrido violencia sexual, en especial la profilaxis luego de la exposición al VIH en casos de violación cuando esté indicada, deben estar en funcionamiento antes de considerar la prestación de los servicios sociales y de asesoramiento más especializados que se describen aquí. Ya se cuenta con orientación sobre la atención médica de urgencia (131) y sobre la atención clínica en caso de violencia sexual (132).

Donde ya están funcionando estos servicios básicos, la prestación de servicios sociales y de orientación a las víctimas y los agresores en los casos de violencia contra los niños y las niñas pueden ayudar a romper el ciclo de violencia en la vida de los menores, y ayudarlos a superar mejor estas experiencias y a recuperarse de las consecuencias que acarrearán para la salud física y mental, entre otras, los efectos traumáticos (133). Sin embargo, en los entornos de ingresos bajos y medianos la proporción de niños y niñas que han sufrido violencia y que reciben servicios de salud y bienestar social es muy baja. Por ejemplo, según encuestas efectuadas en Camboya, Haití, Kenya, Malawi, Swazilandia, Tanzania y Zimbabwe menos de un 10% de los niños y niñas que experimentaron violencia sexual dijeron haber recibido servicios (134).

Para poder aumentar la proporción de niños y niñas que reciben respuesta de los servicios de atención y apoyo es necesario establecer servicios y mecanismos eficaces centrados en los niños y las niñas para que puedan buscar ayuda, apoyo y atención, así como denunciar los incidentes de violencia. Estos servicios y mecanismos pueden consistir en asesoramiento y derivación a servicios de protección infantil como la policía, los prestadores de atención de salud y los

trabajadores de bienestar social, además de ayuda para conseguir alojamiento temporal cuando sea necesario (6). Los programas de tratamiento para los agresores juveniles que forma parte del sistema de justicia penal también pueden reducir la probabilidad de más violencia por parte de esos jóvenes y las Naciones Unidas instan a poner en marcha estos programas en sus *Estrategias y medidas prácticas modelo para la eliminación de la violencia contra los niños en el ámbito de la prevención del delito y la justicia penal* (135). Para que estos programas sean eficaces, es necesario que los servicios pertinentes de protección, seguridad, bienestar social y salud, así como otros prestadores de servicios y autoridades gubernamentales, actúen en respuesta a solicitudes y derivaciones. Por otro lado, será necesario contar con mecanismos apoyados por el gobierno que sean seguros, sensibles a los niños y las niñas, bien difundidos, confidenciales y accesibles, con personal capacitado especialmente, a quien los niños y las niñas puedan notificar los incidentes de violencia. Aunque las líneas telefónicas de ayuda de urgencia no cuentan con pruebas que demuestren su eficacia, algunas comunidades las utilizan con la finalidad de facilitar a los niños y las niñas que sufren violencia y a sus familias denunciar la violencia y buscar información y ayuda (6).

Esta estrategia contribuye a las actividades para lograr las metas 3.8 y 16.3 de los ODS y recibe el apoyo de ellas:

- 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 16.3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.

Posibles efectos de la prestación de servicios de apoyo clínico, terapéutico y de justicia penal en la reducción de la violencia contra los niños y las niñas:

- Disminución de la recurrencia a corto plazo del mismo tipo de violencia;
- disminución de los síntomas de trauma (por ejemplo, síndrome de estrés postraumático, depresión o ansiedad);
- disminución de las infecciones de transmisión sexual y los resultados negativos en materia de salud reproductiva, y
- disminución de la victimización o de la perpetración de violencia, a corto plazo y en etapas posteriores de la vida.



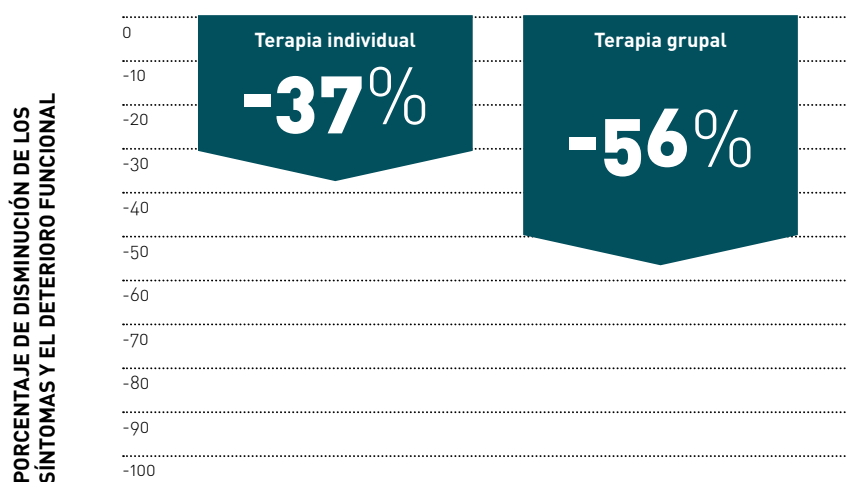
Enfoques

En los análisis de los servicios terapéuticos, clínicos, de justicia penal y de protección infantil se ha encontrado evidencia de que algunos son eficaces y otros son prometedores para reducir el impacto social y sobre la salud que tiene la violencia en la niñez. La gama de enfoques para la prestación de servicios es amplia e incluye métodos terapéuticos como la terapia cognitivo-conductual; la vinculación del tamizaje para la detección del maltrato infantil o de la violencia de pareja a ciertas intervenciones como grupos de apoyo, albergues y manejo de casos y servicios de salud después de una violación; programas de tratamiento para agresores juveniles; y la crianza en hogares alternativos que involucre a los servicios de bienestar social (136, 137).

Enfoques terapéuticos y de orientación

Evidencia: La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, ya sea individual o grupal, es eficaz para reducir los síntomas y los resultados negativos a largo plazo, ya sean psicológicos o emocionales, del trauma en los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia. Se han observado reducciones de hasta 37% en las personas que participaron individualmente en la terapia y de 56% para quienes participaron en grupos (figura 7) (133, 138). Esto comprende niños y niñas que han sufrido maltrato infantil y diversas formas de violencia juvenil, incluidas las peleas y la agresión sexual. Un grupo de investigadores encontró que en países de ingresos bajos era viable aplicar la terapia tanto a niños y niñas en situación de vulnerabilidad, como a mujeres jóvenes, por medio de trabajadores de salud no especializados pero que hayan recibido capacitación (139, 140).

Figura 7: Reducción de los síntomas de trauma y del deterioro funcional en 11 estudios de investigación sobre la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.



Fuente: (133)



Uso de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para tratar a niños y niñas afectados por la violencia y otras adversidades (Zambia)

En cinco comunidades de Lusaka (Zambia), se seleccionaron 257 niños y niñas de 5 a 18 años de edad que habían experimentado al menos un incidente traumático (incluidos abuso y explotación) y habían informado sobre síntomas considerables relacionados con ese trauma (como trastorno de estrés postraumático). Los niños y las niñas fueron asignados en forma aleatoria a un grupo de intervención en el que recibieron de 10 a 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, o a un grupo de comparación donde recibieron el “tratamiento habitual” que se ofrece a niños y niñas huérfanos y en situación de vulnerabilidad. El tratamiento habitual incluía asistencia psicosocial, educación entre pares, grupos de apoyo, y pruebas de detección y tratamiento de la infección por el VIH/sida. Es importante señalar que este tratamiento estuvo a cargo de consejeros no especializados capacitados

y supervisados, y no por prestadores especializados en salud mental. El estudio reveló que los síntomas de trauma se habían reducido en 82% en el grupo de intervención, en comparación con una reducción de 21% en el grupo que había recibido el tratamiento habitual. El deterioro funcional se redujo en 89% con la intervención, en comparación con una reducción de 68% con el tratamiento habitual.

La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma fue significativamente más eficaz que el tratamiento habitual (140). Estos resultados son especialmente importantes dado que hay pocas probabilidades de que en los entornos de ingresos bajos se cuente con recursos suficientes para contratar a prestadores especializados en salud mental, o para capacitar a trabajadores no especializados en más de un método para tratar los efectos del trauma (141).



Tamizaje combinado con intervenciones

Evidencia: La capacitación de los profesionales de salud para detectar la posible exposición o el riesgo de exposición a la violencia puede ayudarlos a ofrecer una variedad de intervenciones lo antes posible. Un modelo para abordar los factores de riesgo de maltrato infantil es el de **Un Entorno Seguro para Cada Niño**, que incluye la capacitación de los prestadores de atención primaria pediátrica para detectar en el padre o la madre la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia de pareja y el estrés, y para proveer tratamiento o derivar a los padres o madres que presenten estos problemas. Un estudio controlado aleatorizado de esta intervención en una comunidad urbana de ingresos bajos en los Estados Unidos indicó que se había logrado una reducción de 31% en las denuncias presentadas ante el servicio de protección infantil, menos problemas relacionados con la negligencia en el cuidado registrados en las historias clínicas de niños y las niñas, y menos denuncias por parte de las madres de haber sufrido agresión física grave (142).

De acuerdo con la OMS, no debe llevarse a cabo el "tamizaje universal" o la "indagación de rutina" (es decir, preguntar a las mujeres en todas las consultas de atención de salud) acerca de la violencia de pareja y de la violencia familiar. Sin embargo, los prestadores de atención de salud deben preguntar acerca de la exposición a la violencia de pareja cuando están evaluando condiciones de salud que puedan haber sido causadas o complicadas por este tipo de violencia (132). Por lo tanto, el **Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos** recomienda que el tamizaje para detectar la violencia de pareja en las mujeres en edad reproductiva esté acompañado de una intervención (por ejemplo, orientación que haga hincapié en los comportamientos de seguridad y en la información sobre recursos comunitarios) y señala que, combinadas, estas intervenciones tienen un beneficio neto moderado y, por consiguiente, se consideran eficaces (143). La evidencia resultante

de los estudios controlados aleatorizados respalda la utilización de diversas intervenciones para mujeres en edad reproductiva, entre otras, asesoramiento, visitas domiciliarias, volantes informativos, derivaciones a servicios comunitarios y apoyo por parte de mentores. Según el tipo de intervención, estos servicios pueden ser prestados por personal médico, de enfermería, asistentes sociales, mentores o trabajadores comunitarios. El tamizaje para detectar la violencia de pareja combinado con enlaces a los servicios es directamente relevante para las adolescentes que sufren violencia en las relaciones de pareja. Este tamizaje también es pertinente para proteger a los niños y las niñas más pequeños de la exposición indirecta a la violencia de pareja, ya que esa exposición aumenta el riesgo de que, en el futuro, se conviertan en víctimas de violencia o agresores.

En otro estudio aleatorizado, el tamizaje de las embarazadas o las madres de niños pequeños para detectar violencia de pareja y dar orientación conductual logró una reducción de 50% de los episodios recurrentes de violencia de pareja y mejores resultados de los partos (144). Además, el **Programa Un Comienzo Saludable de Hawái**, una iniciativa prometedora que vincula el tamizaje para detectar violencia de pareja con visitas domiciliarias, disminuyó tanto el maltrato de menores como la violencia de pareja. Según una evaluación de este programa, las visitas domiciliarias efectuadas por semiprofesionales a madres de alto riesgo fue eficaz para reducir tanto la violencia de pareja (en 15%) como el maltrato infantil (en 40%) (145, 146).



Programas de tratamiento en el sistema de justicia penal para menores que han cometido algún delito

Evidencia: En varias revisiones sistemáticas se ha encontrado que los programas de tratamiento para los menores que han cometido algún delito (incluso aquellos convictos por delitos violentos) utilizados en el sistema judicial penal son eficaces para prevenir la reincidencia de estos menores, ya sean varones o mujeres. También han mostrado que ciertas intervenciones como la orientación y la adquisición de aptitudes (entre otras los enfoques cognitivo-conductuales) son más eficaces que aquellas basadas en estrategias de control o de coerción, como la vigilancia, la disuasión y el castigo (147).

En un estudio (148) se determinó que los programas para menores que cometen delitos graves o recurrentes y están detenidos redujeron tanto la reincidencia en general, como la reincidencia por violencia grave en particular. Las intervenciones con un énfasis cognitivo o cognitivo-conductual aplicadas a los adolescentes del sexo masculino y a hombres jóvenes en centros de rehabilitación juvenil fueron particularmente eficaces, lo que llevó a la conclusión de que es socialmente beneficioso proveer tratamiento a esta población, en especial porque los menores responsables de delitos violentos están expuestos a un riesgo alto de convertirse en transgresores crónicos. Luego de una revisión sistemática de los estudios sobre los efectos de los programas de tratamiento de agresores jóvenes en Europa (149) se llegó a una conclusión similar. Los mejores programas disminuyeron la reincidencia en un 16%.

Intervenciones para criar menores en familias alternativas por medio de los servicios de bienestar social

Evidencia: En muchos países, los niños y las niñas que sufren (o están expuestos a un alto riesgo) de maltrato y otros niños en situación de vulnerabilidad (por ejemplo, niños con discapacidades) a menudo reciben cuidados fuera del propio hogar, lo que puede ser cuidado familiar alternativo, como la crianza a cargo de algún pariente o en familias alternativas temporales, o institucional, como orfanatos, hogares grupales o centros residenciales de tratamiento.

El cuidado en orfanatos sigue siendo un método común para la crianza de niños y niñas que necesitan de cuidados familiares seguros y, a nivel mundial, hay por lo menos dos millones de menores que viven en estos establecimientos (150). Sin embargo varios estudios en los que se ha comparado a niños y niñas que viven en orfanatos con los que viven con familias alternativas que ofrecen cuidado de alta calidad muestran que este último tipo de cuidado ayuda a proteger a los niños del impacto negativo de la institucionalización sobre la función cerebral, el desarrollo cognitivo y el bienestar socioemocional (151). Por lo tanto, los enfoques que ayudan a mantener a los niños y niñas que han sufrido violencia con familias seguras son beneficiosos para ellos.

La evidencia obtenida en una revisión reciente indica que ciertos tipos de crianza en familias alternativas fuera del propio hogar es posible que sean más eficaces para reducir el maltrato infantil que los programas tradicionales. Estos incluyen el cuidado mejorado en familias alternativas (por ejemplo, con mejor capacitación para los asistentes sociales o mayor acceso a los servicios); la crianza en familias alternativas acompañada por el apoyo constante de capacitación y tutoría; y la crianza a cargo de algún pariente, mediante la cual los niños y niñas que no pueden vivir en su hogar pasan a estar a cargo de parientes o amigos de la familia (152). Muchos países, en particular los de ingresos altos, han adoptado políticas que favorecen que el cuidado quede a cargo de un pariente. Una revisión sistemática de alta calidad (153) indicó que los menores que están al cuidado de un pariente logran un mejor desarrollo que los que están al cuidado de familias alternativas en programas tradicionales, en cuanto al desarrollo de su comportamiento, la funcionalidad de su salud mental y la estabilidad y calidad de las relaciones con sus cuidadores, que son al mismo tiempo miembros de su familia.



Educación y aptitudes para la vida

Objetivo: Aumentar el acceso de los niños y las niñas a una educación que sea más eficaz y equitativa en cuanto al género, el aprendizaje social y emocional y la adquisición de aptitudes para la vida, y garantizar que los entornos escolares sean seguros y propicios.



Justificación:

Las mejoras logradas en la educación tanto de las niñas como de los niños, de acuerdo a las mediciones del nivel de matrícula y asistencia a la escuela, protegen de la victimización y de la perpetración de ciertas formas de violencia, incluida la violencia sexual en la niñez, la violencia juvenil, la violencia de pareja y el matrimonio infantil. Estos adelantos también protegen contra las consecuencias de la violencia, entre otras, la infección por el VIH, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado (154, 155).

Las escuelas ofrecen un espacio importante donde los niños, las niñas, los maestros y el personal educativo pueden aprender y adoptar comportamientos sociales favorables que contribuyen a la prevención de la violencia en la escuela y la comunidad. La capacitación en aptitudes para la vida puede prevenir la violencia en la niñez al mejorar la comunicación, el manejo de conflictos y las aptitudes para la solución de problemas, además de ayudar a forjar relaciones positivas entre pares. Aunque las escuelas son un espacio especialmente importante donde pueden realizarse programas de capacitación en aptitudes para la vida, estos también pueden impartirse en entornos informales como los centros comunitarios (para niños y niñas que no asisten a la escuela) y en los campamentos de refugiados. Por lo general, se imparten a lo largo de varios años y pueden abarcar de 20 a 150 sesiones en el aula. Muchos programas incluyen módulos específicos de acuerdo con la edad, desde módulos para estudiantes preescolares y en

jardín de infancia, hasta módulos para los estudiantes en la escuela primaria y secundaria.

Esta estrategia contribuye a las actividades para lograr las metas 4.4, 4.7, 4.a y 5.1 de los ODS y es apoyada por ellas:

- 4.4 De aquí al 2030, aumentar considerablemente el número de jóvenes y adultos que tienen las competencias necesarias, en particular técnicas y profesionales, para acceder al empleo, el trabajo decente y el emprendimiento.
- 4.7 De aquí al 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible, entre otros medios.
- 4.a Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad y las diferencias de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos.
- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Posibles efectos de la educación y las aptitudes para la vida en la disminución de la violencia contra los niños y las niñas:

- Aumento de la asistencia escolar y el rendimiento académico;
- disminución del matrimonio infantil;
- disminución de la agresión sexual;
- disminución de la violencia de pareja, tanto física como sexual (victimización y perpetración);
- empoderar a las niñas y los niños para que reconozcan la violencia de pareja y se protejan frente a ella;
- disminución de los comportamientos agresivos y violentos;
- disminución del consumo de drogas y del consumo excesivo de alcohol, y
- disminución de los comportamientos intimidatorios o *bullying*.



Enfoques

La evidencia apoya la eficacia de varios enfoques para esta estrategia, incluso el aumento de la matrícula escolar en todos los niveles educativos, la creación de un entorno escolar seguro y propicio, la mejora del conocimiento y las aptitudes de los niños y las niñas para protegerse de la violencia, la capacitación en aptitudes sociales y para la vida, y los programas de prevención de la violencia de pareja contra los adolescentes. Para reducir la violencia en las escuelas y las comunidades, es crucial dotar a la población infantil y adolescente con aptitudes sociales y para la vida, a fin de que puedan enfrentar y controlar los riesgos y los retos sin recurrir a la violencia.

Aumentar las tasas de matriculación en la educación preescolar, primaria y secundaria

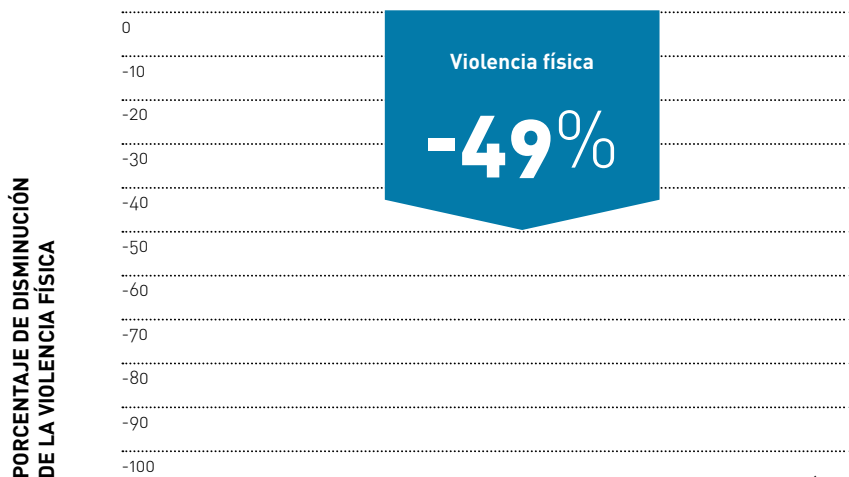
Evidencia: Una evaluación experimental de una intervención que presta apoyo escolar a niñas huérfanas en Zimbabwe mostró que entre las que recibían alguna ayuda económica, suministros escolares, uniformes y productos de salud y de higiene, la deserción escolar se redujo en un 82% y el matrimonio precoz en un 63% (154). Los programas de educación temprana impartidos en las escuelas, como el **Programa del Centro para Niños y Padres de Chicago** (Estados Unidos), que apoya la matrícula preescolar desde los tres años y ofrece apoyo continuo educativo y sobre la crianza hasta los nueve años, dieron lugar a una reducción asociada al programa de más de 30% en las detenciones por violencia en la población joven (155).

Crear un entorno escolar seguro y propicio

Evidencia: El conjunto de herramientas para una buena escuela preparado por la ONG **Raising Voices** de Uganda tiene como propósito reducir la violencia perpetrada por el personal escolar contra los estudiantes de 11 a 14 años de edad, mediante la creación de un ambiente escolar positivo y de buenas relaciones entre los estudiantes, sus compañeros y las figuras de autoridad. La caja de herramientas se sometió a un estudio controlado aleatorio en 42

escuelas del distrito de Luwero (Uganda) y resultó eficaz para reducir la violencia contra los niños y las niñas perpetrada por el personal escolar (**figura 8**). No se detectaron eventos adversos relacionados con la intervención, pero 434 niños y niñas fueron derivados a servicios de protección infantil debido a lo que revelaron en la encuesta de seguimiento (156). Un enfoque integral similar aplicado en Colombia como parte del programa las Aulas en Paz generó reducciones significativas en la violencia y los comportamientos agresivos (157).

Figura 8: Reducción de la violencia física perpetrada en la última semana por el personal escolar, después de la utilización de la caja de herramientas de la buena escuela.



Fuente: (156)



El programa para un entorno escolar seguro y propicio (Croacia)

El programa para un Entorno Escolar Seguro y Propicio de Croacia fue aplicado por la Oficina del UNICEF en Croacia, conjuntamente con el Ministerio de Ciencia, Educación y Deporte y el Organismo de Educación y Capacitación de los Maestros de ese país. El programa tenía dos componentes. El primero era una campaña pública para detener la violencia entre los niños y las niñas, destinada a promover el cambio social por medio de la sensibilización ante la violencia física y verbal, haciendo hincapié en la violencia, la agresión y la intimidación o *bullying* que ocurren en las escuelas entre los compañeros. El segundo componente era una intervención en la escuela que procuraba reducir la incidencia de la violencia entre compañeros en las escuelas, mejorar la seguridad y promover entornos escolares propicios, además de incluir a los niños y niñas en el diseño de políticas y actividades escolares para detener la violencia.

Como resultado, entre el 2003 y el 2011, la violencia se redujo a la mitad en 37% de las escuelas primarias de Croacia. En ese período, 301 escuelas (principalmente primarias) aplicaron el programa y 163 escuelas ganaron el título de "escuela libre de violencia"; 85 de estas escuelas lograron renovar este título tres años.

El programa se evaluó en el 2005, el 2008 y el 2012 y la evaluación del 2008 indicó:

- una disminución a la mitad de la incidencia de intimidación o *bullying* frecuente, de 10% a 5%;
- una disminución del número de niños y niñas que intimidan a otros, de 13% a 3%, y
- más de 55% de los niños y niñas dijeron sentirse siempre seguros en la escuela.

Los menores informaron que 63% de los maestros intervenían en todo momento para detener la violencia entre los compañeros, en comparación con el 2004, cuando los niños dijeron que solo 30% de los maestros habían intervenido. En una evaluación llevada a cabo en el 2005, la opinión pública reveló un reconocimiento importante de la campaña (92% de los entrevistados) y calificó al programa como excepcionalmente positivo (el 56% le otorgó la clasificación más alta posible). Luego de los resultados alcanzados en Croacia, el UNICEF y varios grupos de la sociedad civil ejecutaron programas de escuelas libres de violencia en Bulgaria, Kazajstán, Montenegro, Serbia y Eslovenia.

Para saber más sobre la evaluación del programa para un entorno escolar seguro y propicio consulte: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_6_12_2_final.pdf [en inglés].



En Zambia, el reconocimiento de que las escuelas no estaban satisfaciendo adecuadamente las necesidades de apoyo psicosocial de los niños huérfanos y en situación de vulnerabilidad llevó a la elaboración de un **Programa de Especialización para Maestros sobre la Atención, el Apoyo y la Protección Psicosociales** (158). Este programa de educación a distancia de 15 meses de duración ofrece a los maestros los conocimientos y las aptitudes para mejorar el ambiente escolar, fomentar el apoyo psicosocial y facilitar las relaciones entre la escuela y la comunidad. Los temas del módulo incluyen la comprensión de la importancia del autocuidado y el propio bienestar psicosocial de los maestros; el mejoramiento de las aptitudes de apoyo psicosocial y el uso de esas aptitudes para mejorar el bienestar de los estudiantes; la creación de un entorno escolar seguro, propicio y equitativo; y el desarrollo de relaciones en la escuela más sólidas y más positivas (por ejemplo, entre maestros y estudiantes y entre los maestros), así como las relaciones entre la escuela y la comunidad. En un estudio controlado aleatorizado realizado en el 2013-2014, con la participación de 325 maestros y 1378 estudiantes se determinó que el programa era eficaz para aumentar el respeto que los estudiantes percibían en la escuela, mejorar la seguridad y la disposición de la escuela para buscar ayuda y responder ante el abuso sexual y reducir la participación en la intimidación o *bullying* físico y emocional. También se encontró que aumentaba el autocuidado emocional de los maestros y la percepción de seguridad en el aula y la escuela (158).

Mejorar el conocimiento de los niños y las niñas sobre cómo protegerse del abuso sexual

Evidencia: Aunque los programas para mejorar el conocimiento de los niños y las niñas sobre cómo protegerse del abuso sexual pueden aplicarse en cualquier entorno, la mayoría de los que se han evaluado hasta la fecha se han ejecutado en escuelas y enseñan a los estudiantes que ellos son los dueños de su cuerpo, la diferencia entre el contacto físico adecuado e inadecuado, y cómo reconocer situaciones de maltrato, decir que no y revelar el abuso a una persona adulta de confianza. Muchos estudios de revisión que han evaluado estos programas han descubierto que, si bien son eficaces para fortalecer los factores protectores contra este tipo de abuso (por ejemplo, conocimiento del abuso sexual y comportamientos protectores), se requieren otras investigaciones para determinar si reducen realmente el abuso sexual (159). La evidencia también indica que debe reconocerse la función de las normas sociales y de género con respecto al abuso sexual y que hace falta adoptar un enfoque que abarque a toda la escuela. Esto comprende asegurar que haya protocolos escolares incluyentes y equitativos en vigor, que se involucren los líderes escolares, y que se impartan programas de académicos y se utilicen métodos de enseñanza que sean sensibles a las normas sociales y de género y a las inequidades en este sentido (6).

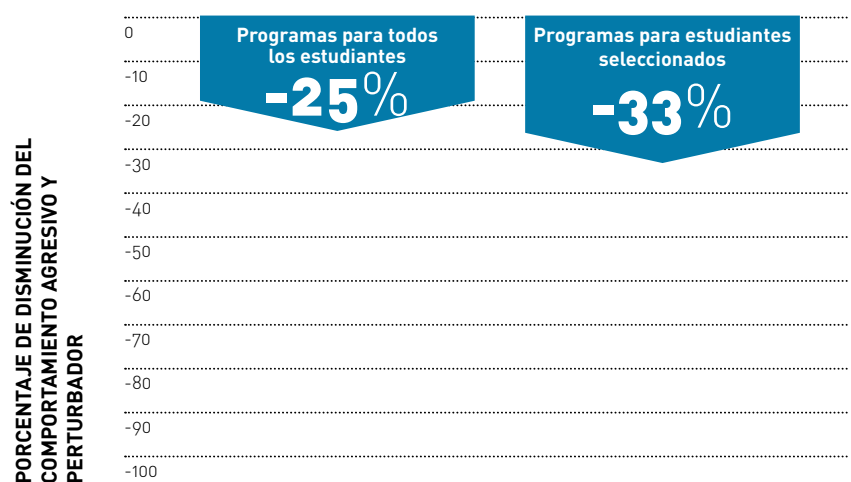
En Nairobi (Kenya), el programa **'No Means No' IMpower** [no significa no] empodera a las adolescentes para que mejoren su autoestima y les enseña a defenderse para reducir su riesgo de violencia sexual. Un análisis del programa encontró una probabilidad significativamente aumentada (34%) de denuncia de la violencia sexual en el grupo que recibió la intervención y una disminución anual de 38% en las tasas de agresión sexual (160, 161). Las adaptaciones de este programa a otros contextos deben incluir componentes sólidos de evaluación para garantizar que dichas adaptaciones sean tanto seguras como eficaces.



Educación y aptitudes para la vida

Evidencia: Un análisis de 249 estudios de programas escolares de capacitación sobre aptitudes para la vida y habilidades sociales y emocionales (la mayoría de los cuales se ejecutaron en los Estados Unidos) examinó el impacto que habían tenido con respecto al comportamiento agresivo y perturbador, lo que incluía peleas, golpes, intimidación o *bullying*,^e conflictos verbales y actitudes perturbadoras. Este análisis demostró que los programas reducían esos problemas en un 25% cuando se aplicaban a todos los estudiantes, y en un 33% cuando se aplicaban a grupos seleccionados de alto riesgo (**figura 9**). Asimismo, se concluyó que los niños y las niñas se beneficiaban por igual (162).

Figura 9: Reducción de los comportamientos agresivos y perturbadores en entornos escolares gracias a 249 programas de capacitación sobre aptitudes para la vida y habilidades socioemocionales.



Fuente: (162)

El **Grupo de Estudio sobre Servicios Comunitarios Preventivos** (Estados Unidos) también encontró evidencia sólida de que los programas impartidos de manera universal en las escuelas sobre aptitudes para la vida disminuyen la violencia entre los niños y las niñas en un promedio del 15% en los programas y grados que iban desde las salas de cuatro años en el jardín de infancia hasta el 12.º grado (que incluye a estudiantes de 17 a 18 años de edad). En un estudio controlado aleatorizado de grupos de estudiantes que participaron en el programa **Acción Positiva** se encontró que, después de tres años, se había registrado una reducción de un 36% del comportamiento violento y de un 41% del comportamiento de intimidación o *bullying* (163).

^e El análisis de los datos del 2011, obtenidos de los estudios *Trends in International Mathematics and Science Study* y *Progress in International Reading Literacy Study*, que se llevaron a cabo en tres países africanos —Botswana, Ghana y Sudáfrica— reveló que la intimidación o *bullying* era uno de los factores clave que reducía el desempeño académico. Véase (164).



Capacitación positiva de adolescentes mediante programas sociales holísticos (PATHS) (Hong Kong)

Para abordar las inquietudes acerca de los problemas de salud mental, abuso de drogas, suicidio, violencia escolar y el impacto de la desintegración familiar en los adolescentes de Hong Kong, la fundación de beneficencia del Jockey Club de Hong Kong invitó a académicos de cinco universidades locales a formar un equipo de investigación encabezado por la **Universidad Politécnica de Hong Kong**. La meta del equipo era elaborar un programa de varios años, universal y positivo, para la formación de jóvenes, conocido como capacitación positiva de adolescentes mediante programas sociales holísticos (PATHS, por su sigla en inglés) *(165)*.

El PATH comprende un programa de formación para niñas y niños de 12 a 14 años y un segundo programa de capacitación dedicado especialmente a los estudiantes con mayores necesidades psicosociales en cada grado. Los objetivos de la capacitación son promover la formación de vínculos y la resiliencia; mejorar las aptitudes sociales, emocionales, cognitivas y conductuales; mejorar la autoestima y fomentar los buenos comportamientos y normas sociales. El programa ha dado lugar a niveles más altos de desarrollo positivo, niveles más bajos de consumo de sustancias psicoactivas, así como disminución de las agresiones, peleas y otros comportamientos delictivos *(165)*.

Programas de prevención de la violencia de pareja entre adolescentes

Evidencia: En Carolina del Norte (Estados Unidos), un estudio aleatorizado por grupos del programa **Safe Dates** [noviazgos seguros] dirigido a prevenir la violencia de pareja en adolescentes solteros que se encuentran en una relación romántica, determinó que, luego de un mes del inicio del programa, la agresión psicológica había disminuido en un 25% y la violencia física y sexual en un 60% entre las niñas y niños participantes de 12 a 14 años. El programa también estaba asociado con disminuciones de la violencia entre compañeros y del porte de armas *(166)*. Asimismo, después de cuatro años, se observó una reducción significativa en la autonotificación de la violencia física y la violencia de pareja entre los jóvenes que habían participado en el programa *(167)*. Varios estudios de estudiantes o atletas universitarios que participaron en los programas para reducir la violencia sexual indicaron que habían aumentado significativamente las actitudes de desaprobación con respecto a la violación que ocurre en una cita *(168, 169)*. Una evaluación del **Programa Consentimiento Verdadero**, una intervención interactiva en la web para estudiantes universitarios varones destinado a reducir la violencia sexual, indicó que el programa se asoció a reducciones considerables de las agresiones autonotificadas en los seis meses siguientes a la intervención *(169)*.



Stepping Stones (Sudáfrica)

La iniciativa **Stepping Stones** [Peldaños], cuya finalidad original era la prevención de la infección por el VIH, es un programa de capacitación en aptitudes para la vida que resultó ser eficaz para detener la violencia física y sexual de pareja entre hombres y mujeres jóvenes de 15 a 26 años de edad. El programa, que se ha evaluado rigurosamente y se ha ejecutado en todo el mundo (170), alienta a los participantes a reflexionar sobre sus actitudes y comportamientos, por medio de la representación de roles y la dramatización. Stepping Stones, que fue diseñado para mejorar la salud sexual mediante la formación de relaciones más estables y equitativas entre los integrantes de las parejas, aborda temas como la violencia de género, la comunicación sobre la infección por el VIH y las aptitudes para relacionarse y la asertividad.

Aunque el programa se ha evaluado en diversos países, el estudio más riguroso fue un ensayo controlado aleatorizado que se hizo en la Provincia del Cabo Oriental (Sudáfrica), con participantes de ambos sexos de 15 a 26 años. Los resultados indicaron que en los dos años posteriores a la intervención, los adolescentes del sexo masculino y los hombres mostraron una reducción del comportamiento violento y explotador. En comparación con la línea de base, los participantes en la intervención estuvieron involucrados en un número menor de incidentes de violencia de pareja (171), de violación (172) y de sexo transaccional (173).

Las evaluaciones en pequeña escala del programa **Stepping Stones** en otros países han mostrado una reducción de la violencia de pareja perpetrada por los hombres (174, 175). Luego de una reducción registrada a los 12 meses, la tasa de comportamiento masculino violento sigue disminuyendo hasta 24 meses después de la intervención, lo que sugiere que el cambio hacia comportamientos positivos se fortalece con el transcurso del tiempo. Además, la investigación cualitativa revela que **Stepping Stones** cambió las actitudes, en particular en los hombres jóvenes, al educarlos sobre la forma de reducir su riesgo personal con respecto a la infección por el VIH y alentarlos a ser mucho más francos al hablar sobre el VIH y compartir información sobre este tema. En este proceso, el programa parece haber inculcado aptitudes generales para la vida que hicieron de muchos de estos jóvenes, mejores parejas, amigos, familiares y ciudadanos (176).

Para más información ver la evaluación de los programas de prevención y las intervenciones con respecto a la infección por el VIH: <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf> [en inglés].



INSPIRE

Actividades transversales

Actividad transversal 1: Actuación y coordinación multisectorial

La ejecución de este conjunto de estrategias exige aportes de las entidades gubernamentales a nivel nacional y local responsables de la educación, la salud, la justicia y el bienestar social; del sector privado y de las organizaciones de la sociedad civil, como las asociaciones profesionales, las organizaciones de carácter religioso, las instituciones académicas, las fundaciones y otras ONG. En conjunto, estos interesados directos pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo de violencia contra los niños y las niñas a los niveles individual, familiar, comunitario y de la sociedad, al tiempo que apoyan las relaciones y los entornos seguros, estables y enriquecedores para los menores y las familias.

Por consiguiente, la prestación de programas y servicios de prevención basados en la evidencia depende de la solidez de los sistemas en los que se sustenta cada uno de estos sectores (y su disposición para abordar el problema de la violencia en la niñez), en combinación con un mecanismo eficaz para garantizar la coordinación entre ellos.

Contribución de los distintos sectores

La función exacta de cada sector en la ejecución de las estrategias de INSPIRE variará de un país a otro, al igual que variará la medida en que los distintos sectores estén listos para contribuir con ella. No obstante, los sectores con mayor probabilidad de encontrarse en condiciones de liderar la ejecución de cada una de las siete estrategias son:

- **Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes:** cuerpos legislativos a nivel estatal, provincial y nacional responsables de redactar, promulgar y hacer que se cumplan las leyes.
- **Normas y valores:** ministerios que trabajan en materia de género, de la mujer y la niñez, aunque todos los sectores tienen una función clara que desempeñar para garantizar su ejecución.
- **Seguridad en el entorno:** los ministerios del interior y de planificación, así como el gobierno local y las autoridades municipales.
- **Padres, madres y cuidadores reciben apoyo:** sistemas de salud pública y bienestar social.
- **Ingresos y fortalecimiento económico:** ministerios de finanzas, trabajo y desarrollo económico.
- **Respuesta de los servicios de atención y apoyo:** sectores de la salud y del bienestar social. Las intervenciones dirigidas a los jóvenes que han cometido algún delito, a las víctimas y a los testigos, por lo general, estarán dirigidas por los sectores de justicia o de seguridad.
- **Educación y aptitudes para la vida:** autoridades educativas.

En conjunto, y trabajando de una manera integrada, estos sectores pueden abordar el impacto negativo de los factores de riesgo de violencia en la niñez a los niveles individual, de las relaciones interpersonales estrechas, de la comunidad y de la sociedad, al tiempo que apoyan las relaciones y los entornos seguros, estables y enriquecedores para los niños, las niñas y las familias.

Además de las contribuciones de los sectores formales del gobierno, los mecanismos comunitarios de protección infantil son cada vez más usuales, aunque su eficacia para la prevención de la violencia en la niñez sigue sin estar evaluada adecuadamente (véase el **recuadro 3**).

Recuadro 3

Mecanismos comunitarios de protección infantil

Los mecanismos comunitarios de protección infantil están a la vanguardia de los esfuerzos para proteger a los menores en los contextos de emergencias, transicionales y de desarrollo en todo el mundo. En una revisión interinstitucional reciente (177) se observó que la movilización de los grupos de base se ha convertido en una respuesta programática común, en particular en las zonas afectadas por conflictos o desplazamientos. Los mecanismos comunitarios de protección infantil son favorecidos por los organismos internacionales en los lugares donde el gobierno local y el nacional no están en capacidad o se muestran renuentes a cumplir los derechos de los menores al cuidado y la protección.

Sin embargo, en la actualidad no se dispone de evidencia sólida acerca de la eficacia, el costo, la posibilidad llevar a una escala mayor y la sostenibilidad de estos mecanismos. Esto impide la rendición de cuentas y dificulta la definición de métodos eficaces, la elaboración de directrices interinstitucionales apropiadas para los profesionales, así como la armonización y el fortalecimiento de la calidad de los métodos adoptados. Esta falta de evidencia también

obstaculiza las iniciativas destinadas a obtener el financiamiento necesario para apoyar la protección y el bienestar de los niños y las niñas, abogar eficazmente por mayores inversiones del gobierno en los sistemas de protección infantil y alentar a quienes lideran la formulación de políticas a que promuevan los métodos y las políticas más eficaces.

En la revisión interinstitucional se describieron varios retos que deben superarse para potenciar al máximo la contribución de las comunidades a la protección infantil. El más importante de ellos es la necesidad de fortalecer la base de evidencia llevando a cabo regularmente evaluaciones sistemáticas y éticamente apropiadas sobre la manera en que las acciones de los grupos comunitarios de protección infantil influyen en la protección y el bienestar de los menores (177). Varias de las intervenciones reseñadas en este documento se llevaron a cabo en entornos donde es probable que estén funcionando sistemas comunitarios de protección infantil y este conjunto de estrategias se presta para ser adaptado por dichos sistemas.

La **función principal de cada sector**, junto con su sistema correspondiente, es apoyar a las personas, las familias y las comunidades de manera tal que los padres, las madres, los pares y las figuras de autoridad (como los maestros) puedan brindarles la crianza, la estabilidad y la seguridad necesarias para que los niños y las niñas alcancen su máximo potencial.

La **función secundaria de los sectores** consiste en responder a los casos reales de violencia en la niñez para garantizar la seguridad de las víctimas y el apoyo que necesitan, mitigar el impacto de la violencia e impedir que se repita. El grado en que los países se concentren en una función más que en otra variará, pero se considera que hacer hincapié las medidas preventivas y no a las punitivas es la mejor práctica.

A petición de los Estados Miembros, varios organismos de las Naciones Unidas han elaborado recursos y normas acordados internacionalmente a fin de fortalecer la capacidad de ciertos sectores específicos del gobierno de prevenir y responder a la violencia. Entre estos se encuentran, por ejemplo, *las Estrategias y medidas prácticas modelo para eliminar la violencia contra los niños en el ámbito de prevención del delito y justicia penal*, formuladas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), y *el Plan*

de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y sobre los niños en general. En los documentos de política como estos se insta a que los Estados Miembros emprendan acciones específicas que, de llevarse a cabo, asegurarán que los sectores en cuestión estén preparados para responder al problema de la violencia contra los niños y las niñas de manera sistemática, haciendo hincapié en la aplicación de estrategias de prevención y respuesta basadas en la evidencia.

Los sectores que no cuentan con orientación de política de las Naciones Unidas pueden utilizar estos documentos como base para preparar una orientación similar destinada a mejorar su capacidad. Una vez que estén funcionando sistemas fuertes especiales para cada sector, los mecanismos eficaces de coordinación ayudarán a integrar las contribuciones multisectoriales para que sean más eficaces en la prevención de la violencia en la niñez.

Mecanismos de coordinación

Aunque en muchos países las distintas partes involucradas están trabajando para eliminar la violencia contra los niños y las niñas, sus esfuerzos no siempre están bien coordinados y apoyados, y son pocas las que se emprenden en gran escala. Por consiguiente, los mecanismos de coordinación son esenciales, ya que ningún sector puede ejecutar el conjunto total de intervenciones y ningún gobierno individual puede enfrentar las amenazas cada vez mayores para la población infantil que ahora trascienden las fronteras nacionales. Por lo tanto, las actividades para ejecutar el conjunto de estrategias deben promover la cooperación y el aprendizaje tanto entre los países como dentro de ellos.

Mecanismos nacionales

La responsabilidad definitiva de la coordinación recae en los gobiernos; por lo tanto, es necesario establecer mecanismos de liderazgo y coordinación de las actividades para prevenir y responder a la violencia, entre otros, las instituciones clave de aplicación de la ley, en los casos en que no existan o fortalecerlas en los casos en que sean débiles. Los sistemas para el intercambio de información entre los sectores deben ser revisados con la finalidad de conocer en qué medida se concentran en la prevención de la violencia y en la optimización de la provisión de los servicios de respuesta. Lo ideal es que estos mecanismos sean foros que convoquen periódicamente a representantes de los sectores pertinentes para considerar los datos disponibles más recientes sobre la violencia, con miras a detectar los problemas emergentes (y sus factores de riesgo fundamentales) para que puedan llevarse a cabo intervenciones apropiadas y oportunas (1).

Mecanismos internacionales

En el ámbito internacional hay varios foros y asociaciones para que los países se reúnan y exploren las estrategias más eficaces destinadas a poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Estos incluyen las reuniones de la OMS sobre los hitos de la campaña mundial de prevención de la violencia, que se celebran en años alternos y en las que se consideran la situación de la ciencia sobre la prevención de la violencia y su incorporación a nivel nacional, al tiempo que se formulan estrategias para aumentar dicha incorporación (178). Otro ejemplo es el foro de las

Academias Nacionales de los Estados Unidos sobre prevención de la violencia a nivel mundial. Este foro, convocado por la división de salud y medicina de las Academias, ha elaborado varios informes importantes sobre el estado del avance de la ciencia, en relación con la prevención y la respuesta a la violencia contra los niños y las niñas (179). Además está la asociación Together for Girls que agrupa a cinco organismos de las Naciones Unidas, a varios organismos del gobierno de los Estados Unidos, el gobierno del Canadá, el sector privado y gobiernos asociados para promover un enfoque multisectorial guiado por datos para prevenir la violencia y responder ante ella, actualmente activa en 22 países. Por último, La Alianza Mundial para Acabar con la Violencia Contra los Niños es una iniciativa integral que une a estos mecanismos separados en torno a la meta común de poner fin a la violencia en la niñez (véase el **recuadro 4**).

Recuadro 4

Alianza Mundial para Acabar con la Violencia Contra los Niños

Como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha contraído un compromiso mundial para poner fin a la violencia en la niñez. La Alianza Mundial para Acabar con la Violencia Contra los Niños ayudará a cumplir este compromiso, para lo cual ha adoptado el conjunto de estrategias de INSPIRE como una herramienta esencial para apoyar las actividades en los países. La Alianza apoyará a quienes trabajan para prevenir y responder a la violencia desde todos los sectores gubernamentales (por ejemplo, educación, salud, justicia y bienestar social), así como desde otras comunidades, ya sean organismos internacionales como los de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, organismos de desarrollo, ONG, organizaciones de carácter religioso, el sector privado, filántropos, fundaciones, investigadores, académicos o los propios niños y niñas. Al aprovechar la experiencia y del alcance de los asociados en materia de prevención, la Alianza apoyará las actividades nacionales y locales para aplicar y ampliar a mayor escala las estrategias que previenen eficazmente la violencia, vigilan su eficacia y amplían la base de evidencia.

Actividad transversal 2: Seguimiento y evaluación

Los países y las comunidades necesitan mediciones exactas de la violencia contra los niños y las niñas para planificar las estrategias y las intervenciones, determinar su impacto y mejorarlas continuamente para asegurar el éxito.

Seguimiento

La utilización de sistemas de seguimiento permite obtener datos sobre la magnitud y las circunstancias de la violencia contra los niños y las niñas, hacer el seguimiento de la ejecución de las actividades planificadas y evaluar su impacto. El seguimiento también puede ayudar a guiar las actividades para mejorar las estrategias, abordar las brechas y promover el énfasis sostenido en la prevención. Para estas finalidades, es esencial contar con datos sobre la violencia en la niñez recabados en encuestas nacionales de población y en los sistemas administrativos de diversos establecimientos, como los hospitales. Asimismo, es esencial que esos datos estén fácilmente a la disposición de todas las partes involucradas en la prevención de la violencia, entre otras, quienes se encuentran en el gobierno nacional, a nivel de las autoridades municipales y locales, y en la comunidad.

Aunque los datos procedentes de encuestas y de los sistemas administrativos tienen puntos fuertes y débiles particulares, su uso combinado puede contribuir directamente a la evaluación y el seguimiento de la violencia en la niñez al:

- suministrar una determinación cuantitativa del problema, desglosada por sexo, edad y otras variables que puedan ser utilizadas de manera común por una variedad de grupos y sectores interesados;
- aportar datos de manera constante y sistemática sobre la incidencia, las causas y las consecuencias de diferentes formas de violencia a los niveles local, regional y nacional;
- proveer un panorama de la distribución geográfica de los casos notificados de violencia en la niñez, que pueda ayudar a planificar la ubicación de los futuros servicios de protección infantil, así como otros servicios de apoyo a quienes sufren violencia;
- permitir la detección temprana de tendencias emergentes y áreas problemáticas para que puedan establecerse las intervenciones apropiadas cuanto antes;
- sugerir prioridades para la prevención dirigida a quienes se encuentran expuestos a un riesgo alto de sufrir o perpetrar violencia contra niños y niñas, así como las prioridades para abordar los factores de riesgo asociados;
- suministrar a los interesados directos información sobre los avances o retrasos en la ejecución de las actividades propuestas;
- establecer los cambios a lo largo del tiempo en cuanto a la prevalencia de la violencia y sus factores de riesgo asociados, y
- suministrar medios para evaluar el impacto de las actividades de prevención.

En todo sistema de seguimiento deben utilizarse métodos de recopilación y análisis de los datos que sean estandarizados y válidos científicamente. Los sistemas de manejo de casos que compilan datos de diferentes sectores también pueden ser útiles en el seguimiento para determinar cómo están funcionando las vías de derivación de las víctimas a los servicios, así como para determinar las brechas que puedan existir en los distintos grupos etarios, las necesidades y las tendencias tanto dentro de cada sector como entre ellos. La recopilación de datos debe asegurar que se capten datos sobre el sexo, la edad, la discapacidad y otras características que puedan influir en la vulnerabilidad ante la violencia.

Datos de encuestas

Muchos países no tienen sistemas adecuados para recabar datos administrativos (1, 180, 181) y solo una proporción pequeña de los actos de violencia contra los niños y las niñas se notifican a las fuentes oficiales, como los sistemas de educación, salud, justicia o bienestar social. Por consiguiente, la autnotificación obtenida por medio de una gama de encuestas representativas a nivel nacional, como las encuestas nacionales sobre la violencia en la niñez,^f la encuesta mundial sobre la salud de los escolares, las encuestas de demografía y salud o las encuestas sobre indicadores múltiples se consideran como las normas más fiables para cuantificar la magnitud del problema, identificar grupos en situación de vulnerabilidad y medir el progreso (182, 183, 184, 185). Cada uno de estos tipos de encuestas de población, a pesar de ser distintos en cuanto a su finalidad y enfoque, hacen contribuciones importantes a la comprensión de la violencia en la niñez.

Estos datos son particularmente útiles para vigilar el progreso exigido en los convenios fundamentales de las Naciones Unidas y las resoluciones de la OMS que abordan la violencia contra los niños y las niñas (9). A medida que comience el seguimiento de la aplicación de los ODS, también serán útiles para vigilar cómo dicha aplicación se relaciona en general con los cambios en los indicadores de la violencia en la niñez. Esas encuestas aportan datos con respecto a la línea de base que sirven para fundamentar las actividades destinadas a fortalecer la prevención de la violencia en la niñez. Por ejemplo, y como se muestra en el **recuadro 5**, los datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez han generado reformas políticas que tienen impacto sobre los sectores de salud, legal, educativo, económico y de servicios sociales. Esas encuestas deben efectuarse a intervalos regulares para que se vigile el progreso y se midan los cambios en las tendencias de la violencia en la niñez (186).

Aunque las encuestas son esenciales para obtener estimaciones más precisas de la magnitud y las características de la violencia contra los niños y las niñas y para permitir el contacto directo con los entrevistados, suministran poca información exhaustiva acerca de políticas específicas; por esta razón, para obtener esta clase de información se requieren datos administrativos.

^f Las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez reciben el apoyo conjunto de los CDC, Together for Girls y el UNICEF. En estas encuestas se mide la violencia física, emocional y sexual contra las niñas y los niños, y se determinan los factores de riesgo y de protección, las consecuencias para la salud, así como el uso de los servicios y las barreras a la búsqueda de ayuda.

Vinculación de los datos de las encuestas nacionales con las actividades para prevenir y responder a la violencia

En el marco de la alianza Together for Girls, los países que realizan encuestas nacionales sobre violencia en la niñez reciben apoyo en sus iniciativas para vincular los datos nacionales con actividades multisectoriales eficaces de prevención y respuesta. Bajo la dirección de grupos de estudio de varios ministerios y miembros de la sociedad civil, varios países como Camboya, Haití, Kenya, Malawi, Swazilandia, Tanzania y Zimbabwe han utilizado los datos y procesos nacionales de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para guiar la ejecución de estrategias similares a las descritas en INSPIRE.

- Camboya usó datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para crear un conjunto de medidas de respuesta que incluía a once sectores, como diversos ministerios y dependencias gubernamentales; para ejecutar programas que promuevan cambios del comportamiento y de las normas sociales, por conducto del Ministerio de Asuntos de las Mujeres; para fortalecer la coordinación entre el Ministerio de Asuntos de la Mujer, el Ministerio de Justicia y la policía y para introducir y fortalecer las políticas que previenen la violencia contra los niños y las niñas.
- Haití utilizó datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para fortalecer las políticas y los programas destinados a cambiar las normas sociales que perpetúan la violencia en la niñez; fortalecer las políticas y los programas que reducen y enfrentan la violencia mediante la identificación, la atención y el apoyo de las víctimas y para robustecer los sistemas transversales de vigilancia y seguimiento.
- Kenya usó los resultados de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para fortalecer la capacitación de las familias en las prácticas adecuadas de crianza y en la prevención de la violencia sexual; ampliar a mayor escala los servicios multisectoriales prestados en los centros integrados (del tipo one-stop) luego de una violación y crear un marco nacional de evaluación y vigilancia de la violencia sexual.
- Malawi usó datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para aumentar la inversión gubernamental en la capacitación para cuidadores, madres y padres acerca del establecimiento de relaciones seguras, estables y enriquecedoras con los hijos; aumentar la inversión del gobierno en el mejoramiento de las aptitudes para la vida de la población infantil y joven; aumentar el acceso a los servicios de respuesta destinados a esta población y mejorar el conocimiento sobre esos servicios, y elaborar políticas y programas para abordar las normas de género perjudiciales.
- Swazilandia usó datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para impulsar nueva legislación sobre la violencia de pareja y los delitos sexuales; establecer tribunales y unidades de policía adaptados a los niños y las niñas; movilizar recursos para una campaña educativa nacional en la radio sobre prevención de la violencia; fortalecer la atención integral luego de una violación por medio de nuevas directrices y centros integrados (del tipo one-stop) y conseguir recursos para un sistema nacional de datos destinado al seguimiento de los casos de violencia.
- Tanzania usó datos de las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para emprender un plan nacional de acción cuatrienal con el propósito de poner fin a la violencia en la niñez. Los aspectos destacados del plan incluyen ampliar la escala de los sistemas de protección infantil a nivel distrital, elaborar políticas educativas sobre los códigos de conducta de los maestros, fortalecer los servicios clínicos para las personas que sufren violencia sexual y establecer directrices presupuestarias para la protección infantil a nivel del gobierno local.
- Zimbabwe utilizó las encuestas nacionales sobre violencia en la niñez para formular directrices integrales sobre el manejo del abuso y la violencia sexuales que incluyen aspectos médicos, legales, sociales y de orientación de la prestación de servicios en la comunidad, la familia y a nivel individual; un marco de empoderamiento de las niñas que describe los objetivos, las metas y los sectores nacionales responsables de la protección y el empoderamiento de las niñas y las mujeres jóvenes, y políticas en 14 distritos para el establecimiento de hogares de acogida temporal para niños y niñas habitantes de la calle.

Datos administrativos

En general, los sistemas de datos administrativos comprenden registros o informes utilizados por la gerencia de los programas u organismos públicos y, por lo tanto, suministran una fuente de datos a bajo costo. Esto es particularmente útil para los responsables de las políticas, que necesitan esa información para saber cuáles de los funcionarios u organismos de sus jurisdicciones tienen conocimientos o realizan actividades pertinentes para abordar la violencia contra la población infantil y joven.

Los datos administrativos ayudan a los encargados de tomar decisiones a comprender si los casos de violencia en la niñez están llegando a la atención de los maestros, la policía, los médicos o los asistentes sociales y qué medidas adoptan estos profesionales cuando encuentran estos casos. Además, los informes administrativos de los establecimientos de salud o la policía que muestran variaciones a lo largo del tiempo, o que presentan el número de casos de maltrato o violación de niños y niñas, pueden servir para hacer preguntas acerca de la forma en que se abordan esos casos.

Es posible que algunos funcionarios detecten menos casos que otros porque carecen de concientización o capacitación, mientras que otros, aunque encuentren los casos, no apliquen medidas de prevención ni de respuesta. Incluso algunos funcionarios capacitados pueden tener aún creencias sobre normas sociales perjudiciales relacionadas con el desarrollo infantil, el género y la violencia, lo que puede dar lugar a la reiterada victimización de los menores que reciben atención. Otra posibilidad es que los casos de abuso que serían manejados mejor por los profesionales de la medicina o los oficiales de policía principalmente llegan solo a la atención de los maestros, pero de allí en adelante no se derivan ni se notifican.

Sobre la base de este tipo de información, los directores de programas y los responsables de las políticas pueden formular planes concretos para

modificar las prácticas, capacitar a los funcionarios, emprender y modificar las actividades dirigidas a mejorar la sensibilización sobre las normas sociales, además de reorganizar los sistemas para prevenir y responder mejor a la violencia contra la población infantil y joven. A medida que los responsables de las políticas hacen los cambios, imparten capacitación y crean conciencia, necesitarán reevaluar los sistemas de datos administrativos para encontrar evidencia que permita determinar si las reformas están logrando los efectos deseados.

Al considerar los casos extremos de violencia contra los niños y las niñas que conducen a la muerte, es importante contar con una categoría especial de datos administrativos, que se recaban a partir de los registros civiles de nacimientos y los certificados de defunción (1). Las defunciones relacionadas con la violencia contra la población infantil y joven, como las que resultan del maltrato infantil, el descuido y la agresión, no se detectan fácilmente en las encuestas de población ni en los sistemas de datos administrativos de los servicios. Esas defunciones solo podrán medirse de manera fiable por medio de los sistemas de vigilancia de la mortalidad de los establecimientos, que pueden funcionar en diversos lugares, como hospitales, departamentos de policía y morgues (187). Sin embargo, muchos países todavía no tienen sistemas de registro en funcionamiento para recabar datos en relación con las lesiones intencionales y la muerte. Además, determinar la causa de muerte en los niños puede ser particularmente difícil.

En vista de que la violencia está sumamente subnotificada, el trabajo cualitativo para comprender mejor la perspectiva de los niños y las niñas, las madres, los padres y otros cuidadores, al igual que de otras personas influyentes de la comunidad, también puede ser fundamental para asegurar que los programas satisfagan las necesidades de las comunidades que se perciben.

Evaluación

Las evaluaciones suministran a los responsables de las políticas y a los funcionarios de salud pública información clave para determinar si las políticas y los programas formulados para prevenir o responder a la violencia en la niñez están logrando el impacto buscado (188). Hasta la fecha, gran parte de la evidencia acerca de la eficacia de las intervenciones para reducir este tipo de violencia y mitigar sus consecuencias proviene de evaluaciones efectuadas en países de ingresos altos. No obstante, en la elaboración del conjunto de estrategias de INSPIRE, la evidencia citada pone de relieve el cúmulo cada vez mayor de pruebas científicas procedentes de países de ingresos medianos y bajos (189).

El conjunto de INSPIRE ofrece una oportunidad sin precedentes de aumentar el número de estudios acerca de la eficacia de sus siete estrategias en los países de ingresos medianos y bajos, donde viven más de 80% de los niños y las niñas del mundo y donde esos estudios son muy escasos. El área de la prevención basada en la evidencia de la violencia en la niñez es un adelanto reciente incluso en los países de ingresos altos. Aunque es un área sumamente prometedora, como lo muestran claramente los programas destacados en este documento, es muy incipiente en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, de todos los estudios de evaluación de los resultados de la prevención del maltrato infantil y la violencia juvenil publicados desde el 2007 al 2013, apenas un 9% de los que se referían al maltrato infantil y un 6% de los que se referían a la violencia juvenil estaban relacionados con programas de prevención en países de ingresos bajos y medianos (189).

En vista de la magnitud de la violencia contra los niños y las niñas en los países de ingresos bajos y medianos y de la escasez de recursos en esos entornos, es todavía más importante asegurar que los recursos invertidos en las intervenciones realmente logren prevenir la violencia en la niñez. Por consiguiente, cuando se desplieguen las estrategias de INSPIRE será fundamental generar más evidencia de alta calidad acerca de lo que funciona. Junto con la aplicación en gran escala de estas estrategias se necesita un programa de evaluación de una escala similar para evitar que se malgasten los escasos recursos, potenciar al máximo el impacto de los programas existentes, y aumentar la probabilidad de que se alcance el ambicioso propósito de la meta 16.2 de los ODS de poner fin a la violencia contra los niños y las niñas en un plazo de 15 años.

Además de la evaluación de los resultados, se necesitan estudios de la relación costo-efectividad y evaluaciones de las actividades para ampliar y mantener los programas que sean eficaces. Por último, será esencial evaluar el impacto combinado que puede lograrse con la ejecución coordinada de los componentes multisectoriales del conjunto de estrategias de INSPIRE.



Consideraciones sobre la ejecución

No se propone que el conjunto de estrategias de INSPIRE se ejecute como un programa nuevo. Más bien, representa una manera de revitalizar, centrar y ampliar los esfuerzos multisectoriales actuales para prevenir y responder a la violencia en la niñez. Toda iniciativa de ejecución de las estrategias de INSPIRE debe estar orientada a asegurar un enfoque gradual o simultáneo adoptado por los sectores respectivos y la implementación de por lo menos una intervención de cada una de las siete estrategias (idealmente a gran escala), dado que las estrategias tienen por objeto funcionar en combinación y reforzarse entre sí.

La aplicación coordinada de las estrategias ayudará a conseguir que en cada país haya un conjunto básico de métodos eficaces, además de políticas y leyes firmes. El conjunto de estrategias de INSPIRE ha sido concebido desde una perspectiva mundial y, para que sea eficaz, será necesario definir metas, estrategias y actividades específicas para cada país antes de iniciar los programas nacionales durante un período determinado. Por lo tanto, cada país tendrá que adaptar el contenido de las estrategias a sus condiciones particulares y ejecutarlas de conformidad con sus propias estructuras.

Figura 10: Nueve pasos para la adaptación y ejecución de INSPIRE



Varios países ya han comenzado a planificar y desplegar iniciativas nacionales para prevenir y responder a la violencia en la niñez, y muchos de estos planes incluyen algunos elementos de INSPIRE. Sobre la base de la experiencia que han adquirido y de los conocimientos técnicos de los organismos principales que han formulado las estrategias de INSPIRE, en la **figura 10** los se muestran pasos esenciales para concretar este conjunto de estrategias y se los resume a continuación. El propósito de esta sección es servir solamente como una guía general. En el 2017, se publicarán manuales más detallados acerca de la manera en que deben aplicarse las estrategias de INSPIRE en su conjunto y por separado.

Estos pasos no son necesariamente secuenciales y varios pueden emprenderse al mismo tiempo.

Forjar el compromiso nacional

Para asegurar la sostenibilidad de las actividades a largo plazo y fomentar la colaboración multisectorial, un primer paso esencial es forjar el compromiso nacional con respecto a las metas, estrategias e intervenciones descritas en INSPIRE. Esto exige la concientización de todos los interesados directos acerca de la magnitud y las consecuencias del problema de la violencia contra los niños y las niñas, así como de las soluciones basadas en la evidencia para responder a ella. También significa que es necesario agrupar a los actores y las instituciones clave para que desempeñen una función en la formulación y la ejecución del programa nacional. La participación temprana de los líderes políticos al nivel más alto puede catalizar la elaboración de un marco de política y de un plan de acción nacionales.

Es importante garantizar la colaboración y la comunicación dentro de cada uno de los sectores principales que participen en la ejecución. El conjunto de estrategias de INSPIRE puede usarse para estimular el diálogo entre los encargados de tomar las decisiones, los gerentes y el personal del programa y para establecer los temas de política que deben resolverse. Algunos ejemplos son los marcos judiciales y normativos dentro de los cuales funcionan los diferentes sectores y que estipulan quién puede hacer qué y a qué niveles de gobierno nacional y local.

Muchos países han garantizado un compromiso nacional continuo con estos procesos al establecer grupos de estudio que reúnen a representantes de los ministerios nacionales, junto con asociaciones profesionales, universidades, organismos de investigación y organizaciones de la sociedad civil. Contar con un grupo de estudio dedicado a iniciar y hacer el seguimiento de la ejecución de INSPIRE puede ayudar a mantener el impulso durante el proceso de formulación y ejecución de los planes nacionales y puede servir para coordinar los insumos y actividades de los diversos actores del proceso.

También es importante que las iniciativas nacionales estén armonizadas o integradas con los planes nacionales de acción, las estrategias y las intervenciones preexistentes en ámbitos afines, en especial el trabajo en curso para prevenir y reducir la mutilación o corte genital femenino; el matrimonio infantil, precoz y forzado; los programas sobre la violencia de género y contra la infección por el VIH/sida, y otras intervenciones de salud, como las campañas de inmunización. Estas actividades pueden conseguir que, donde sea posible, se potencien al máximo los resultados, se usen eficazmente los recursos limitados y se evite la duplicación. Esto también puede ayudar a que se incorporen los temas relativos a la protección infantil, el género y la violencia, con lo cual aumentará el alcance y el impacto de las estrategias de INSPIRE.

Evaluar las necesidades

Un paso fundamental al elaborar planes nacionales de acción es evaluar el estado de las políticas, las leyes, los programas de prevención, los servicios y la infraestructura actuales que son pertinentes para poner fin a la violencia en la niñez. Como parte de la evaluación de las necesidades, se debe considerar si el marco nacional actual indica que se ha adoptado un enfoque que abarque la totalidad del curso de la vida y sea sensible a las cuestiones de género que puedan abarcar los diferentes riesgos para los niños y las niñas. Además, como parte de la evaluación de las políticas, los programas y las prácticas existentes, debe verificarse si los programas y servicios de prevención cubren a todos los niños y las niñas, independientemente de su edad, sexo, identidad de género, idioma, religión, capacidades o carencia de ellas y situación económica, al tiempo que se otorga prioridad a los grupos más expuestos al riesgo, donde sea necesario.

Las evaluaciones especializadas, como las encuestas de los organismos o las evaluaciones del grado de preparación (véase el **recuadro 6**), ayudan a los responsables de las políticas a recopilar datos cualitativos y cuantitativos de las organizaciones comunitarias y gubernamentales relacionadas con la infancia, como las escuelas, las entidades responsables del cumplimiento de la ley, los hospitales, los establecimientos de salud mental, las organizaciones que ofrecen servicios para las familias, las ONG y los organismos de protección infantil (190). Si bien algunos países efectúan ocasionalmente encuestas de los organismos, otros recopilan estos datos de las evaluaciones todos los años.

Recuadro 6

Evaluación del grado de preparación para la prevención

Las evaluaciones del grado de preparación pueden ser particularmente útiles para los gobiernos nacionales que empiezan a abordar la violencia contra los niños y las niñas, o para aquellos que no están seguros de estar preparados para aplicar las estrategias de INSPIRE. La evaluación del grado de preparación para la prevención del maltrato infantil puede ayudar a establecer hasta qué punto un país, provincia o comunidad está preparado para ejecutar a gran escala un programa de prevención de la violencia en la niñez (191). El método de evaluación de la preparación se ha aplicado en Brasil, en la antigua República Yugoslava de Macedonia y en Malasia, Arabia Saudita y Sudáfrica, y podría ser particularmente pertinente para los países que han efectuado una encuesta sobre la violencia en la niñez. El modelo de evaluación incluye las actitudes y los conocimientos de los actores clave con respecto al maltrato infantil, la disponibilidad de datos científicos sobre el maltrato infantil y su prevención, la voluntad de adoptar medidas para abordar el problema, y los recursos no materiales (por ejemplo, legales, políticos, humanos, técnicos y sociales) y materiales (por ejemplo, la infraestructura, las instituciones y los organismos financieros), para ayudar a prevenir el maltrato infantil.

El proceso de realizar esa evaluación es una herramienta poderosa en sí mismo para concientizar y contribuir a fundamentar las decisiones con respecto a la asignación de recursos. Las principales brechas detectadas en casi todos los países hasta la fecha son la falta de profesionales con las aptitudes, el conocimiento y la pericia para llevar a la práctica programas basados en la evidencia de prevención del maltrato infantil y de respuesta, al igual que la falta de las instituciones para capacitarlos; el financiamiento insuficiente y la falta de infraestructura y equipos; la marcada escasez de evaluaciones de los resultados de los programas de prevención y la falta de encuestas nacionales de prevalencia del maltrato infantil (192). Aunque se centra en el maltrato infantil, el método de evaluación del grado de preparación puede adaptarse fácilmente para evaluar la preparación para prevenir también la violencia juvenil.

Seleccionar las intervenciones

Cada comunidad, país, ministerio gubernamental y organización no gubernamental que trabaja para abordar la violencia en la niñez aporta su propio contexto social y cultural que se aplica a la selección de las intervenciones que se consideran más pertinentes para sus poblaciones y entornos. Por ende, los responsables de tomar las decisiones y los profesionales a nivel nacional y local se encuentran en la mejor posición para evaluar las necesidades y los puntos fuertes de su entorno y de las personas que viven en él como base para las decisiones acerca de la combinación de las intervenciones incluidas en INSPIRE que será más apropiada en su contexto.

La selección de las intervenciones que se ejecutarán exige una buena comprensión de los siguientes puntos:

- qué formas de violencia afectan a qué niños y niñas, y dónde y cuándo ocurre la violencia;
- los factores de riesgo que agravan la violencia en la niñez;
- las iniciativas legales, políticas y programáticas existentes para abordar la violencia contra los niños y las niñas;
- qué intervenciones de INSPIRE pueden abordar las brechas y debilidades en las iniciativas legales, políticas y programáticas actuales, y
- las capacidades del gobierno y las organizaciones no gubernamentales para ejecutar las intervenciones.

Esta información se recaba de varias fuentes. Si un país ha realizado recientemente una encuesta nacional sobre la violencia en la niñez o dispone de datos administrativos de alta calidad sobre la violencia mortal y no mortal contra los niños y las niñas, ya se habrá recabado y resumido la mayor parte de la información necesaria. De no ser así, será necesario recopilar esta información a partir de informes de investigación, estadísticas oficiales y otras fuentes de datos, que luego podrán analizarse y utilizarse para definir el problema.

Adaptar las intervenciones al contexto local

Por lo general, una vez que las intervenciones han sido seleccionadas es necesario adaptarlas al contexto local, aunque preservando las características esenciales que hicieron que la intervención fuese eficaz (193). Esto se conoce como preservar la fidelidad del programa (194) y, para lograrlo, es útil considerar los siguientes pasos:

- Obtener los materiales originales del programa (por lo general, de la persona que formuló el programa).
- Elaborar un modelo de la lógica del programa que indique la manera en que las metas y los componentes del programa están vinculados causalmente con los cambios deseados en la población de interés.
- Determinar los componentes centrales del programa o, si todavía no se conocen, las características de las mejores prácticas que contiene, lo que suele incluir un examen detallado de la bibliografía científica pertinente.
- Establecer y clasificar cualquier disparidad entre el modelo original del programa y el nuevo contexto.
- De ser necesario, se debe adaptar el programa original para satisfacer las necesidades del nuevo contexto al tiempo que se preserva su fidelidad.
- Los materiales originales del programa deben modificarse para tratar de reducir las disparidades (193).

Centrándose principalmente en los materiales impresos y programas de capacitación, como los utilizados para fortalecer las aptitudes para la crianza y preparar manuales de capacitación en aptitudes para la vida, los investigadores han determinado varios tipos de adaptación de los programas que, en términos generales, son aceptables y otros que son peligrosos o inadmisibles (194).

Las adaptaciones aceptables son:

- traducción de materiales a los idiomas locales y cambios terminológicos;
- modificación de las imágenes para que los niños, las niñas y las personas adultas se parezcan al público destinatario;
- sustitución de las referencias culturales;
- cambio de algunos aspectos de las actividades, como el contacto físico, para que estén acordes con las normas locales, y
- agregado de contenido local basado en la evidencia a fin de aumentar la pertinencia y el interés para los participantes.

Algunas de las adaptaciones peligrosas y generalmente inadmisibles son:

- reducción del tiempo de participación en el programa, por ejemplo, al acortar el número o la duración de las sesiones;
- reducción de los mensajes o de las aptitudes clave que deben aprenderse;
- eliminación de algunos temas;
- cambios del enfoque teórico;
- ejecución del programa con personal o voluntarios que no estén bien capacitados, y
- reducción del número recomendado de personas que trabajarán en el programa.

Preparar planes de acción para los gobiernos nacional y local

Una vez que se han determinado cuáles son las brechas y se han seleccionado las intervenciones, es necesario definir los elementos de un plan de acción nacional. Esto comprende seleccionar los fines, los objetivos y las metas, así como definir los indicadores apropiados para hacer el seguimiento de la ejecución del programa. Cada plan de acción nacional deberá incluir actividades para:

- fortalecer la infraestructura necesaria para ejecutar los programas de prevención y prestar servicios de respuesta, suministros y equipo;
- formar y hacer la gestión de los recursos humanos;
- intercambiar información, proporcionar formación, y fortalecer la comunicación y la movilización social, y
- evaluación y vigilancia general del progreso hacia las metas definidas en los programas nacionales de acción.

Todos los interesados directos deben respaldar el plan. Pueden usarse talleres nacionales para facilitar este proceso.

Por lo general, la planificación estratégica para un programa nacional destinado a poner fin a la violencia contra los niños y las niñas debe hacerse al nivel central, dentro de un ministerio designado especialmente para coordinar un grupo de estudio multisectorial. Sin embargo, cuando se trata de países más grandes, el diseño de los programas debe ser lo bastante flexible como para descentralizarlos a los niveles regional, provincial, municipal y del condado o pueblo, con el objeto de que las intervenciones puedan llegar hasta todo lo que las necesitan.

Para que la ejecución sea eficaz se debe establecer un mecanismo nacional de coordinación con un mandato oficial del gobierno para diseñar, coordinar y establecer la infraestructura necesaria a nivel nacional y local para ejecutar el plan. Cuando los planes se ejecutan a nivel municipal, se necesita el mismo tipo de coordinación. Como lo demuestra un programa exitoso de prevención similar a INSPIRE ejecutado en San Petersburgo (Federación de Rusia), los países o ciudades con una unidad central de planificación y formulación de políticas en un ministerio designado y unidades locales para la ejecución y el cumplimiento están en buena posición para llevar a cabo actividades de prevención de la violencia (véase el **recuadro 7**).

Recuadro 7

Prevención de la violencia en la niñez y factores de riesgo de violencia (San Petersburgo, Federación de Rusia)

En San Petersburgo, una encuesta efectuada en el 2006 a jóvenes que vivían en la calle entre las edades de 15 a 19 años mostró tasas elevadas de abuso físico o sexual anterior (38%), carencia de hogar (24%), orfandad (uno o ambos padres fallecidos) (43%), abandono de la escuela (84%), intercambio de sexo por productos alguna vez en la vida (10%), consumo de drogas inyectables alguna vez en la vida (51%) y prevalencia de un 37% de la infección por el VIH. En respuesta, el ayuntamiento adoptó un plan integral, quinquenal y multisectorial en colaboración con ONG locales, que incluía mejorar los servicios sociales y de salud y fortalecer las respuestas de los sectores de la justicia y la educación.

Con el propósito de evaluar la aceptación y el impacto de la respuesta multisectorial sobre los factores de riesgo y la prevalencia de la infección por el VIH, en el 2012 se repitió la encuesta municipal en una cohorte nueva de jóvenes que vivían en la calle de entre 15 y 19 años de edad. En el año 2012, la prevalencia de los factores de riesgo clave había disminuido sustancialmente, incluido el abuso físico o sexual (en un 26%), la carencia de hogar (en un 4%), orfandad (en un 36%), el abandono de la escuela (en un 8%), el intercambio de sexo por productos alguna vez en la vida (en un 4%) y el consumo de drogas inyectables alguna vez en la vida (en un 15%). Es importante señalar que la prevalencia de infección por el VIH había descendido en un 73%, con lo cual solo un 10% de los jóvenes que vivían en la calle eran seropositivos con respecto al VIH.

La disminución de la epidemia de la infección por el VIH en los jóvenes que vivían en la calle, a la cual probablemente había contribuido el plan, apoya un enfoque multisectorial para mejorar la vida de las familias y los jóvenes en riesgo. En San Petersburgo, este enfoque multisectorial estuvo acompañado de disminución de la pobreza familiar, fortalecimiento familiar, cambios en las leyes y mejores servicios. El modelo desarrollado en San Petersburgo para detectar y someter a juicio los casos de maltrato infantil, brindando a la vez la protección necesaria a las víctimas, fue reconocido en todo el país. El sistema de servicios diseñado por el ayuntamiento sigue prestando apoyo a las familias y la población infantil en riesgo (195).

La aplicación eficaz de las políticas para poner fin a la violencia en la niñez también necesita del apoyo de los niveles superiores del gobierno, así como de expertos técnicos y personas con experiencia, y conocimientos sobre la planificación y la ejecución. Un programa nacional dotado del personal necesario, tanto a nivel central como local, puede proporcionar un liderazgo sumamente eficaz y un trabajo coordinado en temas legales, cumplimiento, fortalecimiento económico, prestación de servicios sociales y gestión de programas, entre otros.

En el plan de acción nacional se describirá el método estratégico general para ejecutar las estrategias de INSPIRE. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones concretas deben ponerse en práctica en el gobierno local o a nivel de la comunidad y deben describirse en un plan de ejecución detallado. Quizás no sea posible ejecutar las actividades planificadas simultáneamente en todos los distritos, por lo que debe usarse un enfoque gradual, con metas de cobertura para toda la nación.

Dentro de cada país, los planificadores deben emprender evaluaciones de las necesidades, determinar las brechas localmente y elaborar planes detallados de ejecución, según corresponda. Esto puede hacerse usando el método de la evaluación del grado de preparación para la prevención como se describió anteriormente (véase el **recuadro 6**). Los planes detallados de ejecución deben incluir los plazos y mostrar los nexos, indicando precisamente cuándo se ejecutará cada actividad y quién estará a cargo. También debe incluir mecanismos distritales de seguimiento y evaluación, vinculados al seguimiento general a nivel nacional.

Calcular los costos

La recopilación y el análisis de los datos sobre el costo de aplicar las estrategias de INSPIRE pueden ayudar a planificadores y gerentes de programas a elaborar conjuntos de estrategias nacionales o distritales que sean viables y sostenibles operacionalmente. La información sobre los costos puede usarse para determinar la asequibilidad de las intervenciones y puede ser útil para comparar el costo de las intervenciones con otros conjuntos de intervenciones. Además de calcular los fondos totales que se necesitan, el análisis de los costos también ayuda a determinar el despliegue del personal para la ejecución de las intervenciones y la eficiencia en la utilización de los suministros, el equipo y otros insumos.

Por lo general, los costos se clasifican por insumo y, más específicamente, por categorías de **costos de capital y fijos**. En el conjunto de estrategias de INSPIRE:

- **Los costos de capital** posiblemente incluyan los costos de las actividades de capacitación para la gestión de los programas y el personal de ejecución, los cuales ocurren solo una vez o rara vez, y los costos de las iniciativas de aumento de la concientización en el contexto de programas de movilización comunitaria para modificar los valores y las normas. Además, las intervenciones encaminadas a mejorar el entorno construido probablemente tendrán costos de capital muy elevados, aunque es poco probable que se las contemple con el único objetivo de prevenir la violencia en la niñez.
- **Los costos fijos** incluyen los sueldos del personal y el seguro social, los costos de capacitación periódica como los cursos cortos de capacitación en el servicio, la operación y mantenimiento de los edificios y los vehículos, los gastos de ejecución de movilización social y los suministros relacionados con la prestación de los servicios de respuesta.

Se está elaborando un modelo y una matriz de determinación de los costos que ayudarán a calcular el costo de ejecutar las intervenciones de INSPIRE.

Encontrar fuentes sostenibles de apoyo financiero

En los últimos años, un número cada vez mayor de organismos nacionales, internacionales y bilaterales han establecido corrientes de financiamiento para apoyar las actividades que apuntan a la prevención y respuesta a la violencia en la niñez en los países donde la necesidad es mayor. Sin embargo, este apoyo ha sido modesto en relación con los niveles del apoyo prestado para otros objetivos relacionados con el desarrollo y la salud, aunque se prevé que aumentará con la adopción de la meta 16.2 de los ODS de poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Si bien este tipo de apoyo externo es bienvenido, el reto estriba en promover la coordinación adecuada a nivel nacional y asegurar que las actividades ejecutadas sean sostenibles a largo plazo.

En la formulación de los planes de acción nacionales, los países pueden usar el conjunto de estrategias de INSPIRE para promover una mayor coordinación entre los interesados directos internos, en especial los sectores del gobierno nacional, ONG, las organizaciones de carácter religioso, las instituciones académicas, el sector privado y la sociedad civil, así como los interesados directos externos incluidos, aunque sin limitarse a ellos, los asociados bilaterales y multilaterales, las ONG internacionales y las empresas del ámbito mundial interesadas en prevenir y hacer frente a la violencia en la niñez. La consulta inicial con los donantes interesados y los organismos de apoyo técnico promueve la colaboración, fortalece la planificación nacional y puede ayudar a evitar la duplicación y el desperdicio de los recursos. Por consiguiente, uno de los primeros pasos en el proceso de encontrar fuentes de apoyo financiero debe ser la convocatoria de una reunión de las partes interesadas, nacionales e internacionales, efectuada por un organismo apropiado.

Formar y gestionar los recursos humanos

Un programa de prevención de la violencia que sea eficaz y esté dotado de personal suficiente puede encabezar la ejecución de las intervenciones para reducir el costo de la violencia en la niñez. En países más pequeños con recursos financieros limitados, un funcionario puede desempeñar más de un cargo. Las aptitudes específicas que deben desarrollarse para ejecutar las intervenciones de INSPIRE dependerán de las capacidades y necesidades nacionales y locales, y podrán incluir aptitudes de gestión de nivel superior y medio, aptitudes de supervisión y capacidad del personal de primera línea para abordar:

- la coordinación y ejecución multisectoriales;
- el diseño, ejecución y gestión de los programas;
- la recopilación y evaluación de los datos y el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento;
- el fortalecimiento social y económico;
- la creación de entornos sin riesgos para la población infantil;
- la recopilación de datos, el seguimiento y la evaluación;
- los mecanismos de rendición de cuentas, y
- las cuestiones legales y de política.

Los gerentes y el personal directamente responsable de la ejecución de los programas de prevención y los servicios de respuesta deben capacitarse en forma apropiada, desplegarse y recibir apoyo. Sobre la base de las necesidades de formación de recursos humanos, los programas de estudios y los materiales de enseñanza y aprendizaje existentes, así como los maestros y los instructores mismos, deberán estar lo más actualizados posible en relación con los programas de capacitación antes y en el servicio, a fin de contar con las aptitudes y los conocimientos necesarios para ejecutar las actividades. La capacitación inicial o la capacitación de actualización debe hacerse en el contexto de formación de recursos humanos para cada uno de los sectores involucrados en la ejecución de INSPIRE.

Ejecutar, hacer el seguimiento y evaluar

La ejecución del conjunto de estrategias de INSPIRE deberá contar con mecanismos para facilitar el seguimiento mediante la recopilación y el análisis constante de los datos. El seguimiento debe ser un proceso constante de recabar y analizar información acerca de la ejecución de las estrategias, y debe incluir la evaluación regular para determinar si se están llevando a cabo las actividades según lo previsto y en qué forma, para que se pueda analizar y resolver cualquier problema que surja. El seguimiento deberá medir el avance de las actividades planificadas, detectar los problemas, aportar sugerencias a los gerentes y al personal, y resolver los problemas antes de que causen retrasos. Los datos se procesarán y analizarán con prontitud. Los resultados del análisis deben comunicarse a quienes están en posición de adoptar medidas.

El seguimiento de INSPIRE implica demostrar la aceptación y los resultados de las siete estrategias por medio de un conjunto específico de indicadores. Con esta finalidad se están elaborando **indicadores de proceso** para el seguimiento del grado de ejecución de las siete estrategias de INSPIRE e **indicadores de resultados** para evaluar el efecto que tienen en la prevalencia de la violencia en la niñez.

Los **indicadores de proceso** pueden medir, por ejemplo, la proporción de nuevos padres y madres que habían recibido apoyo sobre la crianza en los 6 últimos meses o la proporción de escolares de 13 a 15 años de edad que recibieron capacitación en aptitudes para la vida en el año anterior.

Los **indicadores de resultados** pueden incluir mediciones de la prevalencia de la violencia contra los niños y las niñas, basadas en encuestas representativas de la población nacional. Por ejemplo, podrían incluir la proporción de escolares de 13 a 15 años de edad que participaron en actos de intimidación o *bullying* y en peleas durante el último año o mes (según la encuesta mundial de salud de los escolares de la OMS y los CDC); o los indicadores aprobados para la meta 16.2 de los ODS, que son el porcentaje de niños y niñas de 1 a 17 años de edad que experimentaron algún castigo físico y medidas disciplinarias violentas en los últimos 12 meses, y el porcentaje de jóvenes de ambos sexos de 18 a 24 años de edad que dijeron haber experimentado violencia sexual antes de los 18 años. Del mismo modo que se hace en los sistemas de vigilancia y evaluación mejorados, los indicadores compartidos deben desglosarse por sexo y grupo etario, discapacidad y otras características demográficas, cuando sea pertinente.





Conclusiones

Todos los niños y las niñas tienen derecho a vivir sin ningún tipo de violencia. Sin embargo, todavía son demasiados los niños y las niñas que siguen sufriendo los efectos negativos de la violencia sin contar con el apoyo o los servicios que pueden ofrecerles un camino hacia la recuperación. Los responsables de formular las políticas y de tomar las decisiones disponen del poder para modificar esas circunstancias. Las siete estrategias que forman parte de INSPIRE ofrecen a los responsables de las políticas y los actores principales las herramientas que necesitan para actuar y hacerlo de inmediato.

El cúmulo cada vez mayor de evidencia acerca de lo que es eficaz para prevenir y responder a la violencia hace que todos seamos responsables de aplicar las enseñanzas extraídas, ya sea en nuestros hogares, nuestras comunidades o a nivel mundial. Las abundantes investigaciones e intervenciones comprobadas pueden y deben utilizarse para elaborar y aplicar estrategias de prevención de la violencia y de respuesta ante ella, que contribuyan a hacer visible lo invisible y a poner fin a la violencia en la niñez. Entretanto, debemos redoblar nuestros esfuerzos para seguir estableciendo evidencia sobre las maneras más eficaces de prevenir la violencia y responder ante ella.

La violencia en la niñez se puede prevenir fácilmente y está cobrando impulso el movimiento hacia el cambio. Las Naciones Unidas han emitido un llamamiento a la acción que es pertinente para todos los países: eliminar la violencia contra los niños y las niñas. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas también están sujetos a la Convención sobre los Derechos del Niño. Existen los marcos y compromisos necesarios, y las estrategias de INSPIRE pueden ayudar a los países que desean utilizar la mejor evidencia disponible para cumplir con estos compromisos.

Estas estrategias abarcan los sectores de la salud, el bienestar social, la educación, las finanzas y la justicia. Cada estrategia está avalada por evidencia firme o prometedora de éxito en los países de ingresos altos, y es cada vez mayor la evidencia que avala que estas estrategias también funcionan en los países de ingresos bajos y medianos. Las estrategias de INSPIRE están diseñadas con la intención de que el seguimiento y la evaluación desempeñen una función clave en la aplicación y el mejoramiento de este conjunto de medidas técnicas, al tiempo que se extraen otras enseñanzas. Los diez organismos que han preparado este conjunto de estrategias reconocen que ellas son componentes fundamentales de las iniciativas exitosas para prevenir la violencia contra los niños y las niñas y responder ante ella.

La verdadera naturaleza de un país está reflejada en la forma en que trata a sus niños y niñas; cuando ellos sufren todos nosotros como sociedad nos perjudicamos. Sin embargo, cuando trabajamos juntos para eliminar la violencia de la vida de los niños y las niñas mostramos lo mejor de nosotros mismos. Estas estrategias son la mejor manera de acelerar el progreso para poner fin a la violencia en la niñez. ¡Empecemos a aplicarlas!



Estudio controlado aleatorizado: es un tipo de experimento científico en el que las personas estudiadas se asignan aleatoriamente a una u otra de las intervenciones que se están analizando, o a un grupo de referencia sin intervención, también llamado grupo de control. La asignación aleatoria se hace después de haber evaluado a los sujetos para determinar si cumplen los criterios para participar, pero antes de que empiece la intervención que se estudiará.

Maltrato infantil: es el maltrato y el descuido negligente de los menores de 18 años de edad. Incluye todas las formas de maltrato físico o emocional, abuso sexual, descuido, negligencia y la explotación comercial o de otro tipo, que da lugar a un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño o la niña, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Matrimonio infantil, precoz y forzado: es el matrimonio en el que por lo menos uno de los integrantes tiene menos de 18 años. También se refiere al matrimonio en el que una de las personas tiene menos de 18 años de edad en países donde la mayoría de edad se alcanza a una edad anterior o cuando la persona se casa. El matrimonio precoz también puede referirse a los matrimonios donde ambos cónyuges tienen 18 años o más, pero otros factores hacen que no estén preparados para dar su consentimiento para el matrimonio. Estos factores pueden ser su nivel de desarrollo físico, emocional, sexual y psicosocial, o una falta de información con respecto a las opciones de vida de una persona. Además, incluye todo matrimonio que se celebre sin el consentimiento pleno y libre de una o de ambas partes, o en el que una o las dos partes no puedan terminar el matrimonio o dejar a la pareja, lo que incluye no poder hacerlo por coacción o por intensa presión social o familiar.

Microfinanzas combinadas con la capacitación en materia de equidad de género: su propósito es beneficiar a las mujeres que viven en las comunidades más pobres y combina los servicios de microfinanzas (servicios financieros para quienes tienen ingresos bajos) con sesiones de capacitación y formación de aptitudes tanto para hombres como para mujeres sobre los roles y las normas de género, las creencias culturales, la comunicación y la violencia de pareja.

Modificación de las normas de género y los valores sociales y culturales: su finalidad es cambiar las expectativas sociales que definen lo que se considera como un comportamiento “apropiado” para las mujeres y los hombres, como las normas que establecen que los hombres tienen derecho a controlar a las mujeres y que hacen que las mujeres y las niñas estén en situación de vulnerabilidad frente a la violencia física, emocional y sexual infligida por los hombres.

Normas de género: son expectativas sociales que definen lo que se considera como un comportamiento “apropiado” para las mujeres y los hombres. Los diferentes roles y comportamientos de las mujeres y los hombres, ya sean niños o adultos, son configurados y reforzados por las normas de género dentro de la sociedad.

Programas de capacitación en aptitudes sociales y para la vida: su propósito es ayudar a la población infantil y adolescente a que controlen la ira, resuelvan los conflictos y desarrollen las aptitudes sociales necesarias para resolver los problemas interpersonales sin violencia. Por lo general, se ejecutan en entornos escolares.

Programas fuera del horario escolar: son los que prolongan la supervisión por parte de personas adultas, procuran mejorar el desempeño académico y aumentar la participación escolar de los niños y las niñas mediante el apoyo a sus estudios y las actividades recreativas fuera del horario escolar habitual.

Servicios de protección infantil: son los que investigan los casos de maltrato infantil e identifican, evalúan y prestan servicios a los niños, las niñas y las familias con la finalidad de protegerlos y prevenir otros maltratos, al tiempo que se trata de preservar a la familia. Algunas veces estos servicios se conocen por otros nombres, con la intención de reflejar métodos más orientados a la familia (en contraposición con los que se centran en el niño), como servicios para los niños y las familias, servicios de bienestar del niño o servicios sociales.

Servicios médicos y legales para las víctimas de violencia sexual: son los que prestan atención médica y psicosocial, y asesoramiento legal inmediatos a las personas que han sufrido violencia sexual; además, recogen las pruebas médicas y legales para corroborar la información suministrada por las víctimas y ayudar a identificar a los agresores.

Terapia cognitivo-conductual: es un método terapéutico a corto plazo, orientado al logro de metas, que subraya la función que tienen los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y los comportamientos. Utiliza un método práctico para la solución de problemas. Su objetivo es cambiar los patrones de pensamiento o comportamiento que crean dificultades a la persona. Busca cambiar las actitudes y el comportamiento de las personas centrándose en la forma en que las ideas, las creencias y las actitudes influyen en la manera de comportarse.

Vigilancia policial dirigida a un problema: es la que integra el trabajo diario de la policía con la teoría y los métodos de investigación de la criminología para mejorar la prevención y reducir el delito y las perturbaciones del orden, y subraya el uso del análisis sistemático de los datos y de los métodos de evaluación.

Vigilancia policial comunitaria: es un conjunto de estrategias que buscan establecer alianzas entre la policía y la comunidad y adoptar un método de solución de problemas que responda a las necesidades de la comunidad, por medio de una colaboración activa entre la policía y la comunidad.

Violencia colectiva: es el uso instrumental de violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo, independientemente de que este grupo sea transitorio o tenga una identidad más permanente, contra otro grupo o conjunto de personas con el objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

Violencia de pandillas: es el uso intencional de violencia por una persona o grupo de personas que son miembros de algún grupo permanente de la calle, o que se identifican con ese grupo, y cuya identidad incluye la participación en actividades ilícitas.

Violencia de pareja: es el comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico a alguno de los integrantes de la relación, lo que incluye actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamientos controladores.

Violencia dirigida contra uno mismo: es la violencia una persona se inflige a sí misma y se clasifica como comportamiento suicida o autolesión.

Violencia: es el uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia interpersonal: es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, ya sea en grado de amenaza o efectivo, por una persona o un grupo pequeño de personas contra otra persona o grupo pequeño, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia juvenil: es la violencia relacionada con las personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29 años.

Violencia sexual: es cualquier acto sexual o intento de lograr un acto sexual, comentario o insinuación sexual no deseados, o acto para la trata que se dirige contra la sexualidad de una persona usando coerción por alguien, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, incluido el hogar y el trabajo. Por lo general, se distinguen tres formas de violencia sexual: la violencia sexual que incluye relaciones sexuales (es decir, violación), la violencia sexual con contacto (por ejemplo, contacto físico no deseado, pero sin relaciones sexuales) y la violencia sexual sin contacto (por ejemplo, amenaza de violencia sexual, exhibicionismo y acoso sexual verbal).

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Ginebra: OMS; 2014.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016; 137(3):e20154079.
3. United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. Nueva York: UNICEF; 2014.
4. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E; Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16:79–101.
5. Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013; 48:81–94.
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Eliminar la violencia contra los niños y niñas: seis estrategias para la acción. Nueva York: UNICEF; 2014.
7. Organización Panamericana de la Salud. La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia. Washington, DC: OPS; 2016.
8. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245-58.
9. Organización Panamericana de la Salud. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R., editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica N.o 588. Washington, DC.: OPS; 2003.
10. Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. *AIDS*. 2008; 22:S73–86.
11. Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2012; 12:538–49.
12. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010; 4:356–62.
13. Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011; 13:79–86.
14. Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 1999; 282:1359–64.
15. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 286:3089–96.
16. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90:139G–149G.
17. García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. *Violence against Women and Mental Health*. 2013; 178: Basel Switzerland: Karger.
18. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000; 106(1):E11.
19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. *Pediatrics*. 2004; 113(2):320–27.
20. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010; 376:41–8.
21. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 197:378–85.
22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2010; 2012380 (9859): 2095–128.

23. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS & Behavior*. 2012a; 16:2160–70.
24. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS & Behavior*. 2012b; 16:2091–100.
25. Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International Journal of Psychology*. 2013; 48:95–107.
26. Norton R, Kobusingy O. Injuries. *New England Journal of Medicine*. 2013; 368:1723–30.
27. Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009; 373:1966–72.
28. Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/aids/English/SexTrafficking.pdf>.
29. Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence & Abuse*. 2012; 14 (2):133–67.
30. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 2002; 26:1075–82.
31. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36:156–65.
32. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>).
33. Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. *Child Abuse and Neglect*. 2015; 42:146–62.
34. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.
35. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.
36. Organización Panamericana de la Salud. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS; 2014.
37. Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. *American Journal of Public Health*. 2014; 104:17–22. DOI:10.2105/AJPH.2013.301608.
38. Asamblea General de las Naciones Unidas. Sexagésimo cuarto período de sesiones, resolución A/RES/69/194. Primera parte (I) Garantizar la prohibición por ley de todas las formas de violencia contra los niños. Nueva York: Naciones Unidas; 2014.
39. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior*. 2014; 9999:1–14.
40. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect*. 2000; 24:8,1027–35.
41. Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finlandia: Central Union for Child Welfare; 2012.
42. Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. *Global pathways to abolishing physical punishment*. Nueva York: Routledge; 2011:299–322.
43. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviors. *Child Abuse Review*. 2010; 19, 229–47.
44. End Corporal Punishment [sitio web]. Londres (<http://www.endcorporalpunishment.org/>, consultado el 20 de mayo del 2016).
45. Never violence – 30 years on from Sweden’s abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp.3.
46. Global status report on alcohol and health 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.

47. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in Public Health*. 2015; 253:1–11.
48. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*. 2005; 29:255–62.
49. Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? *American Journal of Public Health*. 2010; 100:986–92. DOI: 10.2105/AJPH.2009.178004.
50. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169(11):1024–31. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.
51. DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. *Southern Economic Journal*. 2013; 80(1):5–25.
52. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? *Epidemiologic Review*. 2016; 38: 140–157.
53. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and no firearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. *American Journal of Public Health*. 2014; 104(3):455–60.
54. UNICEF Strategic Plan, 2014–2017. Nueva York: UNICEF; 2014 p.6.
55. Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolenecia program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. *Men & Masculinities*. 2012; 16:181–2.
56. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2008; 10:1–11.
57. Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*. 2002; 1:41–52.
58. Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. "A systematic review to quantitatively evaluate 'Stepping Stones': a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. *AIDS & Behavior*. 2013; 17:1025–39.
59. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council; 2008.
60. Miller E, Tancred D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*. 2012; 51:5,431–8.
61. Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviors among very young adolescents in Nepal, *Gender & Development*, 2013; 21:1,127–145.
62. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Global Health*. 2014; 2(3):e155–64. DOI: 10.1016/S2214-109X (13)70179-7.
63. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).
64. WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
65. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women's Health Worldwide; 2004.
66. Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.
67. Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.
68. Clifton D, Frost A. World's Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.
69. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.
70. Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.
71. Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [sitio web de Kampala, Uganda

- (www.raisingvoices.org, consultado el 22 de mayo del 2016)].
72. Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*. 2014; 12:122.
 73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 50:128–140.
 74. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Elsevier: *Social Science & Medicine*. 2005; 61:2434–2445.
 75. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (<http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008>).
 76. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*. 2007; 35, 463–81.
 77. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence against Women*. 2015; 21:12,1507–27.
 78. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, DOI: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 [publicación electrónica disponible antes de la versión impresa].
 79. Resolución A/RES/69/194 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2014. Estrategias y medidas prácticas modelo de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra los niños en el ámbito de la prevención del delito y la justicia penal.
 80. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. *International Journal of Health Geography*. 2009; 27;8,66. DOI: 10.1186/1476-072X-8-66.
 81. Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 2009 Jan–Feb; 100(1):73–7.
 82. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargarán E, Cinnamon J et al. Trauma Surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *JAMA Surgery*. 2014; 149(6):549–556. DOI:10.1001/jamasurg.2013.5267.
 83. Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. *Epidemiology*. 2016; 27(1):32–41.
 84. Braga A, Papachristos A, Hureau, D. Hotspots policing effects on crime. *Campbell Systematic Reviews*. 2012;8.
 85. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *British Medical Journal*. 2011; 342:d3313.
 86. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. *Injury Prevention*. 2014; 20:108–14.
 87. Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.
 88. Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: effects on attitudes, participants' experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.
 89. Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. Nueva York: Center for Court Innovation; 2013.
 90. Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.
 91. Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place*. 2014; 26:78–87.
 92. Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *American Journal of Epidemiology*. 2012; 15;175(10):1045–53. DOI: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.

93. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 318:829–52.
94. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997; 278:8, 637–43.
95. Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010; 164:5,419–24.
96. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Ginebra, 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf].
97. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 28:11–39.
98. Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 [http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx].
99. Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 [http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.asp].
100. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises. 2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.
101. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 14;280(14):1238–44.
102. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prevention Science*. 2013; 14(4):352–63. DOI: 10.1007/s11121-012-0314-1.
103. Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2009; 338:b974.
104. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. *Children & Youth Services Review*. 2014; 39:20–4.
105. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.
106. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.
107. Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. *Research on Social Work Practice*; [en imprenta].
108. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(8),865–873.
109. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health*. 2009; 99:8,1438–45.
110. Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. *Prevention Science*. 2011; 12:3,314–23.
111. Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4–6. *Child Development*. 2011; 82:1,311–30.
112. Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. *International Journal of Conflict & Violence*. 2012; 6:2,294–301.
113. Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR); julio del 2012.
114. Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.

115. Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. *Social Service Review*. 2013; 87(3):417–37.
116. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. Nueva York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.
117. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*. 2009; 123:e630–7.
118. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.
119. Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2013;5(1):179–205.
120. Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. Nueva York: Manpower Development Research Corporation; 1998.
121. Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. Nueva York: Colombia University and Women's Refugee Commission; 2011.
122. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development*. 2009; 21: 577–602.
123. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC International Health and Human Rights*. 2013; 13(1):46.
124. Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Nov; 57(5):553-8. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.
125. Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy and Planning* 2011; 26:366–72.
126. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomized trial. *Lancet*. 2006; 368 (9551):1973–83.
127. Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better health: prospects for sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2007; 298:16,1925–27.
128. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2007; 97:10:1794–1802.
129. Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (<http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf>, consultado el 21 de mayo del 2016).
130. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540Br10enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf, consultado el 21 de mayo del 2016).
131. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Ginebra: World Health Organization; 2009.
132. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
133. Wethington HR et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008; 35:3,287–313.
134. Sumner SA, Mercy JA; Saul J; Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services — seven countries, 2007–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. June 5, 2015; 64(21):565–569.
135. Naciones Unidas. Estrategias y medidas prácticas modelo para la eliminación de la violencia contra los niños en el ámbito de la prevención del delito y la justicia penal. Nueva York: Naciones

- Unidas; 2014.
136. Asamblea General de las Naciones Unidas. Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños. Sexagésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General, febrero del 2010.
 137. Pinheiro P. World report on violence against children. Nueva York: Naciones Unidas; 2006:21.
 138. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 1347–55.
 139. Bass, J. K., J. Annan, S. Mclvor Murray, D. Kaysen, S. Griffiths, T. Cetinoglu, et al. 2013. "Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence." *New England Journal of Medicine* 368 (23): 2182–91.
 140. Murray LK, Skavenski S, Kane JC, Mayeya J, Dorsey S, Cohen JA et al. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. Publicado en línea el 29 de junio del 2015. DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.0580.
 141. Ventevogel P, Spiegel P. Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2015; 314:5,511–512.
 142. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009 Mar; 123(3):858–64. DOI: 10.1542/peds.2008-1376.
 143. Moyer VA and U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158:6,478–86.
 144. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized, controlled trial. *Obstetrics & Gynaecology*. 2010; 115:273–83.
 145. Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010; 164:1,16–23.
 146. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2004; 28:6,597–622.
 147. Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. *Victims and offenders*. 2009; 4:2,124–147.
 148. Garrido et al. Garrido V, Morales LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: a systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.
 149. Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*. 2013; 9:1,19–43.
 150. UNICEF [sitio web]. Progress for Children 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_50921.html, consultado el 20 de mayo del 2016)
 151. Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox N, Zenah C, Nelson C. A randomized clinical trial of foster care as an Intervention for early institutionalization: long term Improvements in white mattermicrostructure. *Journal of the American Medical Association*. *Pediatrics*. 2015 Mar; 169(3): 211– 219.
 152. MacMillan HL, Wathen CN. Research brief: Interventions to prevent child maltreatment. London, Ontario: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network; 2014.
 153. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014:1.
 154. Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. *American Journal of Public Health*. 2011; 101:1082–88. DOI:10.2105/AJPH.2010.300042.
 155. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S, Arteaga IA, White B. School-based early childhood education and well-being: effects by timing, dosage, and subgroups. *Science*. 2011; 333:360–364.
 156. Devries K et al. The Good School Toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: a cluster-randomized controlled trial in Uganda. *The Lancet Global Health*. 2015; 3:7,e378–e386.
 157. Chauv E. Classrooms in peace: a multicomponent program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. *Conflict Resolution Quarterly*. 2007; 25:1,79–86.

158. Kaljee L, Zhang L, Langhaug L, Munjile L, Tembo S, Menon A et al. A randomized control trial for the teachers' diploma programme on psychosocial care, support and protection in Zambian government primary schools. *Psychology, Health & Medicine*. 2016; 10:1–12. DOI: 10.1080/13548506.2016.1153682.
159. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87:353–361. DOI:10.2471/BLT.08.057075.
160. Adolescent Girls' Empowerment Program. Zambia: Population Council; 2014 (<http://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program>).
161. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Gitau C, Paiva L, Mulinge M et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. *Pediatrics*. 2014; 133:5: e1226–32. DOI: 10.1542/peds.2013-3414.
162. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007; 33:2, S130–S143.
163. Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*. 2007; 33(2S):S114–29.
164. Kibriya S et al. The effects of school-related gender-based violence on academic performance: Evidence from Botswana, Ghana, and South Africa. Washington DC: USAID and the Center on Conflict and Development; 2016.
165. Shek DTL, Ma CMS. Impact of project P.A.T.H.S. on adolescent developmental outcomes in Hong Kong: findings based on seven waves of data. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2012;24(3):231–244.
166. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD et al. The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science*. 2014;15(6),907–916. DOI: 10.1007/s11121-014-0472-4.
167. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program 'Safe Dates' using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*. 2005; 6:245–57.
168. Holcomb DR, Savage MP, Seehafer R, Waalkes DM. A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshmen college athletes. *College Student Journal*.2002; 36:2, 165-79.
169. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014; 16(9):e203.
170. Según el sitio web de Stepping Stones, este programa se está utilizando en un número cada vez mayor de países de todo el mundo (<http://www.stepsstonesfeedback.org/resources/5/CountriesfromSTEPPINGSTONESREVIEWOFREVIEWS2006Wallace.pdf>).
171. Dunkle K et al. Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young young men in the rural Eastern Cape. *AIDS*. 2006; 20,2107–2114.
172. Jewkes R et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science Medicine*. 2006; 63,2949–2961.
173. Dunkle K et al. Transactional sex and economic exchange with partners among young South African men in the rural Eastern Cape: prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. *Social Science Medicine*. 2007; 65; 1235–1248.
174. Jewkes R, Cornwall A. Stepping Stones: A training manual for sexual and reproductive health, communication and relationship skills, South African adaptation. Pretoria: Medical Research Council and PPASA; 1998.
175. Shaw M. Before we were sleeping but now we are awake: the Stepping Stones workshop programme in the Gambia. In: Cornwall A, Welbo A, editors. *Realizing rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being*. Londres: Zed Books; 2002.
176. Jewkes R et al. Policy brief: evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention. Cape Town: Medical Research Council of South Africa; 2007, pp.4 (<http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf>).
177. Save the Children UK. What are we learning about protecting children in the community? An inter-agency review of evidence on community-based child protection mechanisms. Executive summary. Londres: Save the Children UK; 2009.
178. 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting [website]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_meeting/en/, consultado el 20 de mayo del 2016).
179. Institute of Medicine. 2011. Preventing violence against women and children: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press
180. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the

- Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
181. Dahlberg LL, Krug EG. 2002. Violence: A global public health problem. En: World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2002.
 182. CDC, Interuniversity Institute for Research and Development (INURED), and the Comité de Coordination. Violence against children in Haiti: findings from a national survey, 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
 183. UNICEF, CDC, and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009. Dar es Salaam, Tanzania: UNICEF Tanzania; 2011.
 184. UNICEF, CDC, and Kenya National Bureau of Statistics (KNBS). Violence against children in Kenya: findings from a national survey, 2010. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya; 2012.
 185. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), UNICEF, and the Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE). National Baseline Survey on life experiences of adolescents in Zimbabwe, 2011. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT; 2013.
 186. Chiang LF, Kress H, Sumner SA, Gleckel J, Kawemama P, Gordon RN. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. *Injury Prevention*. 2016; 22 Suppl 1:i17-i22. DOI: 10.1136/injuryprev-2015-041820.
 187. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
 188. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.
 189. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2014; 19 (6):655-662.2014.
 190. Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
 191. Mikton C, Mehra R, Butchart A, Addis D et al. A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. *Journal of Community Psychology*. 2011; 39:7, 826-843.
 192. Mikton C, Power M, Ralevac Makoe M, Al Eissae M, Cheah I, Cardia N, Chooh C, Almuneef M. The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37:12,1237-1251.
 193. Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health Promotion Practice*. 2011; 12:1,25-35.
 194. O'Connor C, Small SA, Cooney SM. Program fidelity and adaptation: meeting local needs without compromising program effectiveness. What works, Wisconsin – research to practice series, Issue 4, April 2007, Wisconsin: University of Wisconsin Madison and University of Wisconsin Extension Program; 2007.
 195. Kornilova MS, Batluk JV, Yorick RV, Baughman AL, Hillis SK, Vitek CR. Decline in HIV seroprevalence in street youth 2006-2012, St. Petersburg, Russia: Moving towards an HIV-free generation, in press 2016, *AIDS & Behavior*.

