

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD LANZA CAMPAÑA MUNDIAL DE PREVENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL 2015-2020

Ejes de acción de la OMS, absolutamente alineados en toda forma a las estrategias definidas, con la iniciativa presentada al pleno por el Senador José María Martínez Martínez, el pasado 17 de septiembre “Iniciativa de Decreto para Reformar y Adicionar diversas Disposiciones de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes y del Código Penal Federal”, en la intención de adiccionarla a la Iniciativa Preferente.

Se analizan coincidencias

La Organización Mundial de la Salud lanza campaña de prevención mundial al maltrato infantil

El plan contempla toda la comunidad europea del 2015 al 2020. La iniciativa se denomina "Investing in Children" RV: WHO Regional Committee for Europe adopts European child maltreatment prevention action plan 2015-2020.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>

Ejes de acción de la OMS, absolutamente alineados con la iniciativa presentada al pleno por el Senador José María Martínez Martínez, el pasado 17 de septiembre “Iniciativa de Decreto para Reformar y Adicionar diversas Disposiciones de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes y del Código Penal Federal”.

Una vez examinado el documento denominado es de observarse plena coincidencia entre el mismo y la **Iniciativa**. En efecto, si bien se trata de un plan de acción para Europa, se sustenta en los mismos postulados y planteamientos teóricos, así como en los mismos lineamientos de política y estrategia. A continuación se empatan los criterios y postulados:

1. El documento refiere en síntesis, **que es imprescindible la realización de plan de acción específico sobre maltrato infantil** a razón del cual se realicen actividades más eficaces en favor de la infancia, especialmente a través de un mayor papel preventivo de servicios universales para reducir el maltrato y sus consecuencias, en lugar de confiar únicamente en los servicios de protección de menores después de ha ocurrido abuso.

Bajo el tenor expuesto, la Iniciativa presentada por el Senador José María Martínez Martínez, plantea esencialmente la obligatoriedad para el Estado Mexicano de instaurar el Programa contra el Maltrato a Menores.

2. De igual suerte, el documento previene que las acciones específicas **requieren un enfoque de la salud en general, en la que los sistemas de salud tienen una función de coordinación que requiere una gobernanza sólida:**

En coincidencia a lo anterior, la Iniciativa, plantea en su propuesta de Reforma:

Artículo 57. Es materia de salubridad general de la República, el Programa contra el Maltrato a Menores, al efecto concurrirán la Federación, el Distrito Federal, los Estados, y los Municipios, en los términos establecidos en la presente Ley.

La protección de los menores por los poderes públicos se realizará mediante la prevención, control y atención de situaciones específicas de maltrato, con el establecimiento de los servicios necesarios para tal fin, que incluyen servicios de salud, jurídicos y sociales; y en su caso, a través del ejercicio de la guarda y custodia por los poderes públicos, por el tiempo estrictamente necesario, ante situación de desamparo, mediante la asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

Sin perjuicio de lo anterior, los poderes públicos velarán para que los padres, tutores o guardadores atiendan adecuadamente sus obligaciones y responsabilidades; y facilitarán servicios accesibles en todas las áreas que afectan e inciden en el desarrollo biopsicosocial del menor.

En el mismo sentido, se fundamenta la Reforma en el párrafo cuarto del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por su parte el artículo 58, establece que Programa contra el Maltrato a Menores, es la acción integral y coordinada en la que convergen, en actuación simultánea y en su caso, subsidiaria, en los diversos niveles de responsabilidad: los padres del menor, el entorno familiar, la comunidad y el Estado, este último a través de los servicios especializados de protección de menores. En razón de lo anterior, no se limita a la prestación de servicios médicos, y comprende de manera sistemática y a detalle, las distintas acciones y servicios en la materia.

3. El documento de la OMS refiere, así mismo, que la **entronización de un programa específico contra el maltrato infantil, es un asunto de gobernabilidad**.

En coincidencia, la Iniciativa destaca desde la Exposición de Motivos que se trata de un rubro esencial de política pública y expresamente refiere que es un asunto de gobernabilidad; en razón de lo anterior previene expresamente los rubros de acción específica.

4. El plan de acción europeo para prevenir el maltrato infantil se basa en los siguientes enfoques, para su estrategia 2015-2020:
 - **un enfoque de ciclo de vida**
 - **un enfoque basado en evidencia**
 - **un enfoque de sistemas de salud**
 - **una asociación y enfoque intersectorial.**

Se observará que la Iniciativa del Senador parte de los mismos enfoques, esto se expresa debidamente en la Exposición de Motivos, y se desarrolla a lo largo del articulado propuesto.

5. El objetivo de este plan de acción es prevenir el maltrato infantil en cualquiera de sus formas, ya sea sexual, abuso físico o mental, o negligencia.

En el mismo sentido postula la necesidad de estandarizar la definición jurídica del maltrato.

Tales recomendaciones se atienden debidamente en la Iniciativa, al definir el maltrato a título de: *Cualquier acto u omisión intencional o por negligencia o incumplimiento al deber de cuidado, destinado a dañar a niñas, niños y adolescentes, y que genere riesgo o daño a su salud; quedan incluidos: toda forma de ofensa, injuria, insulto, agravio, humillación, ultraje, mortificación, vilipendio, golpes, lesiones físicas y emocionales; abandono; trata de personas, abuso sexual; maltrato institucional; bullying; mobbing; negligencia parental y cualquier otra forma análoga, que ponga al menor en situación de riesgo o desamparo.*

Podrá observarse que en tal definición se insertan las distintas formas de abuso hacia este grupo vulnerable; por ello se hace referencia expresa a maltrato institucional; bullying; mobbing; negligencia parental, entidades jurídicas éstas que también se definen en el articulado.

En el mismo sentido, y al declararlo materia de salubridad general de la República; se asegura, la atribución normativa general en el país; sin perjuicio de haberse respetado, las atribuciones legislativas en materia civil a favor de las entidades federativas.

A mayor abundamiento, se previenen las atribuciones específicas de las distintas instancias involucradas.

6. Señala el documento que: **muchas de las aristas del problema, se deben tratar con el sector de la salud, tanto a corto, como a largo plazo. Abordar las causas de maltrato, sin embargo, requiere la coordinación, esfuerzos sostenidos en varios sectores (salud, la educación, el empleo, el bienestar, la justicia, la vivienda, el comercio y la industria, los medios de comunicación y comunicación con las organizaciones no gubernamentales) los sistemas de salud deben participar activamente para asegurar una respuesta.**

Este punto se regula a detalle, por un lado, se establecen las acciones a cargo del Sistema Nacional de Salud y en el mismo sentido, la coordinación, atribuciones y los esfuerzos que deberán ser sostenidos en los diversos sectores involucrados.

Así también, se definen acciones de prevención y atención, primaria, secundaria y terciaria.

7. El plan de acción de la OMS establece **como primer objetivo**: Hacer los riesgos para la salud más visibles mediante la creación de sistemas de información.
 - a) Estadísticas sobre la incidencia y prevalencia nacionales sobre el maltrato infantil;
 - b) Las encuestas sobre maltrato infantil (abuso físico, sexual y mental y abandono) y bienestar mental, basadas en instrumentos de encuesta y métodos estandarizados;
 - c) Informes completos que muestren una reducción en el maltrato infantil; y
 - d) Los informes que muestren un mejor bienestar mental de los niños.

En el mismo sentido, previene que los países deben publicar informes exhaustivos sobre la situación de los niños sujetos a maltrato, utilizando criterios estandarizados.

Se apunta, al efecto, que es observable un importante subregistro de casos.

Tales rubros son debidamente abordados en la Iniciativa (la Exposición de Motivos aborda este rubro a detalle) y es un punto saliente de la regulación propuesta, es por ello que en la fracción XXV del artículo 58, se refiere expresamente como objetivo y regla operativa del Programa: *El establecimiento y administración permanente de un sistema de control nacional y registro de casos e indicadores, el cual deberá estar permanentemente actualizado y comprenderá las estadísticas nacionales;*

De igual modo, se propone que el Programa estará sujeto estándares y metas de riguroso cumplimiento (artículo 75) de las cuales habrá de darse cuenta anualmente, a los Tres Poderes de la República.

El Plan de acción Europeo, establece a título de Indicadores: Número de países que cuentan con:

- a) Estadísticas sobre la incidencia y prevalencia nacionales sobre el maltrato infantil;
- b) Las encuestas sobre maltrato infantil (abuso físico, sexual y mental y abandono) y bienestar mental, basadas en instrumentos de encuesta y métodos estandarizados;
- c) Informes completos que muestren una reducción en el maltrato infantil; y
- d) Los informes que muestren un mejor bienestar mental de los niños.

Lo anterior supone que de aceptarse la Iniciativa, nuestro país quedaría integrado al grupo de países más avanzados en la atención de este problema.

8. El segundo objetivo del Plan de acción Europeo, es: fortalecer la gobernabilidad para la prevención de maltrato infantil, a través de alianzas y la acción multisectorial por el desarrollo de planes nacionales.

Se refiere expresamente que el liderazgo para aprovechar estas fortalezas debe estar a cargo de las autoridades gubernamentales nacionales y locales.

A dicho propósito, para el mejor desarrollo del Programa, y a fin de fortalecer la gobernabilidad del programa, se propone el establecimiento del Instituto Nacional contra el Maltrato a Menores, organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado a la Secretaría de Salud, visto que se trata de una materia de salubridad general de la República.

Del mismo modo y para facilitar la coordinación de las acciones respectivas, se plantea que el Instituto, tendrá como órgano de gobierno a un Consejo Técnico, integrado por los Titulares de las dependencias y entidades federales involucradas.

En consonancia al criterio internacionalmente aceptado, el Instituto estará destinado a la dirección ejecutiva del Programa y a coordinar la acción pública en materia de maltrato, la cual, dicho sea de paso, se reglamenta en el artículo 70.

Para el desarrollo de sus atribuciones, el Instituto gozará de autonomía técnica y de gestión. De igual manera, para la emisión de acuerdos, protocolos, dictámenes y resoluciones, en cumplimiento de las atribuciones contenidas en la presente Ley, el Instituto no estará subordinado a autoridad alguna y adoptará sus decisiones con plena independencia.

Artículo 66. El Instituto tendrá los recursos suficientes para cumplir su objeto y atribuciones, mismos que anualmente quedarán asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Al efecto, el Congreso de la Unión fijará invariablemente, en el Presupuesto de Egresos de la Federación, la asignación de los recursos respectivos.

LO ANTERIOR TIENE SUSTENTO EN OTRA DE LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN EUROPEO, QUE ESTABLECE QUE LOS PLANES O POLÍTICAS DE ACCIÓN SON MÁS EFICACES SI EXISTE UN MARCO DE COORDINACIÓN NACIONAL QUE ES MULTISECTORIAL Y FINANCIADO ADECUADAMENTE.

9. Otros rubros establecidos en el Plan, para la consecución de los objetivos, en especial el segundo de ellos, son los siguientes.

- Es importante desarrollar y revisar los planes de acción existentes en los sectores pertinentes.
- Se ha instado a los gobiernos a centrarse en la prevención.
- La legislación para proteger los derechos del niño y para evitar el maltrato infantil debe ser fortalecida.

Estos rubros son también atendidos en la Iniciativa, en los términos siguientes:

a.) A lo largo de la reglamentación del Programa, se establecen las bases a que estará sujeto el mismo, y así también, las reglas para establecer su evaluación y mejora continua.

b.) A lo largo del texto se enfatizan las acciones preventivas (y se enlistan pormenorizadamente).

c.) **En cuanto a la legislación, la Iniciativa misma es una muestra de avance; pero además, se prevé la emisión de las normas oficiales correspondientes; a fin de colmar las amplias lagunas existentes.**

Respecto a los resultados esperados para este segundo objetivo: Los países deben preparar o revisar cualquier plan de acción nacional existente y las políticas existentes, en un marco de coordinación nacional sobre la prevención del maltrato infantil, basado en todo enfoque social, contextos socioeconómicos, en la capacidad, en las acciones y monitoreo basados en la evidencia para coordinar a los actores. Debe haber los vínculos necesarios con otros ámbitos políticos, como la violencia, la educación, la justicia y los derechos del niño doméstico.

Merced a lo expuesto y al sistema de cerco y la red de atención de casos propuestas en la iniciativa; se cumplirá el resultado previsto por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

El indicador previsto es: Número de países con planes y políticas para la prevención multisectorial integral e inclusiva.

10. El tercer objetivo del Plan Europeo, es Reducir los riesgos para el maltrato infantil y sus consecuencias, a través de la prevención mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud en los Estados miembros.

A dicho propósito se plantan las siguientes acciones:

- Fomentar las relaciones seguras con los padres y otros cuidadores.
- La atención debe centrarse en los servicios para promover la salud de la familia y el entorno familiar seguros, a fin de dar todas las oportunidades para relaciones positivas y la mejora de la salud y los resultados sociales.

- Los sistemas de salud y los servicios de prevención, deben ofrecer una atención continuada, comenzando con la crianza de la familia y los ajustes institucionales, donde se presta apoyo a prenatal cuidar, a la atención postnatal ya través de la infancia, la niñez, la adolescencia y la paternidad.
- Este compromiso debe involucrar al personal de primera línea en la atención primaria de la salud, la salud pública y en la madre, reproductiva, infantil y adolescentes, la escuela y los servicios de salud mental.
- Los sistemas de salud requieren el fortalecimiento de actividades de promoción y prevención. Los servicios que tratan directamente con los niños deben posar su atención especialmente en los niños enfermos.
- Las intervenciones universales deben ser dirigidas especialmente a los niños que se encuentran por debajo del umbral de intervención de los servicios de protección infantil.
- La intervención coercitiva por los servicios de protección de menores puede ser necesaria.
- El enfoque deberá ser de reinserción familiar, y la atención institucional fuera del hogar debe ser sólo el último recurso.
- La atención institucional, proporcionada en establecimientos tales como orfanatos, debe ser evitada.
- La atención debe ser mediante un enfoque integrador de salud, educación, los servicios sociales y de policía
- La premisa es el apoyo intensivo y supervisión de estos grupos de riesgo.
- Un marco de evaluación mejoraría la base de evidencias estadísticas.

Una exégesis de la Iniciativa nos muestra que el Programa y la acción pública establecen en términos análogos los rubros anteriores. (En especial son dignos de cita los artículos 70, y subsecuentes.)

De igual suerte, al explicitarse las atribuciones de las distintas entidades públicas, se especifica cuáles habrán de ser las actividades pertinentes y los resultados esperados.

Los resultados previstos en el Plan: Incluyen la crianza positiva, tanto para hombres y mujeres cuidadoras, enfermera-familia, asociaciones, la formación basada en el hospital de los padres para evitar el síndrome del niño maltratado; los programas basados en la escuela para formar a los niños a reconocer los signos de abuso sexual y otros tipos de maltrato; la formación del personal sanitario y otros profesionales como maestros, trabajadores sociales y la policía en la detección temprana y la respuesta adecuada a los malos tratos para proteger a los niños de más daño, la rehabilitación de las víctimas y campañas de mercadeo social para cambiar las actitudes hacia la disciplina familiar violenta (incluyendo todas las formas de corporal castigo). Se deben aplicar los enfoques universales proporcionales a las necesidades para reducir la desigualdad.

Los Indicadores previstos en el Plan, son los siguientes:

- a) Número de países que aplican programas preventivos basados en la evidencia, tanto a niveles universales y focalizados; y
- b) el número de países que llevan a cabo el desarrollo de capacidades a través de la capacitación del personal.

Al tenor de lo antes mencionado, es claro que la Iniciativa, se ajusta en toda forma a las estrategias definidas por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, e incluso el Programa y la acción pública han sido planteados en términos de estándares e indicadores de calidad internacionalmente aceptados.

TEXTO TRADUCIDO AL ESPAÑOL

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OFICINA REGIONAL PARA EUROPA

Ciudad de la ONU, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhague Ø, Dinamarca Teléfono: +45 45 33 70 00
Fax: +45 45 33 70 01

Email: governance@euro.who.int Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Comité Regional para Europa EUR / RC64 / 13

64 ° + EUR / RC64 / Conf.Doc. / 5

Copenhague, Dinamarca, 15 a 18 septiembre, 2014 14 de julio 2014
140439

PROVISIONAL Tema 5 (c) ORIGINAL: INGLÉS

Invertir en los niños: el maltrato infantil europeo, plan de acción de prevención 2015-2020

EUR / RC64 / 13

Alcance

1. En línea con la Salud 2020 y "Invertir en los niños: el niño y adolescente, estrategia europea de salud 2015-2020 "(documento EUR / RC64 / 12), este plan de acción promueve tanto acciones a nivel de población y dirigido, **enfoques selectivos para grupos de alto riesgo**, buscando con ello para corregir la desigualdad. **Las acciones requieren un enfoque de la salud en general**, en la que los sistemas de salud **tienen una función de coordinación** que requiere una gobernanza sólida. Para maximizar la ganancia de la inversión, el plan promueve una serie de programas basados en la evidencia, que se resumen en el informe europeo sobre prevención niño maltratado, que se conseguirán mediante la reorientación de los recursos existentes hacia **actividades más eficaces que proporcionan un retorno de la inversión**. La prevención de la maltrato y otra adversidad en la niñez ayudará a los niños y adolescentes se den cuenta de su potencial para la salud, el desarrollo y el bienestar a lo largo de su ciclo de vida.

2. El plan de acción para prevenir el maltrato infantil se basa en los siguientes enfoques, en acuerdo con la Salud de 2020 y "Invertir en los niños: el niño europeo y del adolescente estrategia 2015-2020 ":

- un enfoque de ciclo de vida
- un enfoque basado en evidencia
- un enfoque de sistemas de salud
- una asociación y enfoque intersectorial
- promoción de los derechos de los niños de acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño.

3. El maltrato infantil fue documentado como un problema particularmente importante en Europa en el Informe europeo sobre prevención de niño maltado. El objetivo de este plan de acción es **prevenir maltrato infantil en cualquiera de sus formas, ya sea sexual, abuso físico o mental, o negligencia.**

El plan de acción abarcará también otras experiencias infantiles adversas - como hogar disfuncional, incluyendo la violencia de los padres; tener un miembro de la familia con una enfermedad mental; dependencia de drogas o alcohol; o encarcelamiento - porque estos son los principales factores de riesgo de maltrato.

4. Este plan de acción propone un **papel preventivo mayor de servicios universales** para reducir el maltrato y sus consecuencias **en lugar de confiar únicamente en los servicios de protección de menores después de ha ocurrido abuso.** El maltrato infantil es común: la prevalencia en la Región Europea oscila entre el 9,6% para el abuso sexual (5,7% de los varones, el 13,4% de las niñas) a 22,9% para su desarrollo físico y 29,1% para el abuso mental o emocional. A nivel mundial, la prevalencia de la negligencia física es del 16,3% y que, por abandono emocional es el 18,4%. Estas altas tasas son muy superiores a la capacidad de protección de la infancia y a los servicios para responder de manera efectiva. La disfunción de los hogares también es común, que van desde una tasa de 16,4% para la dependencia del alcohol de un miembro del hogar, el 14,6% para ser testigo de la violencia de los padres, 14,1% para la separación de los padres, el 10% para un miembro de la familia con la enfermedad mental, el 5,3% para un miembro del hogar encarcelado y el 2,6% para la dependencia de drogas de un miembro del hogar.

5. Maltrato y otra adversidad en la niñez pueden causar niveles tóxicos de estrés, que afectan el desarrollo del cerebro y puede conducir a la adopción de comportamientos de salud-daño, más pobres la salud mental y física, los resultados educativos y sociales peores de todo el ciclo de vida y la transmisión intergeneracional de la violencia. Niños maltratados pueden tener un mayor riesgo de ser víctima o perpetrador de la violencia, incluyendo la intimidación en las escuelas. Los niños con una discapacidad o problemas de comportamiento pueden estar en mayor riesgo de maltrato, como hijos de mayo en atención institucional, tales como orfanatos. La exposición a la disfunción en el hogar o que viven en una comunidad con altos niveles de violencia, la mala educación, el alto

desempleo y las desigualdades es influenciado por la política social. El maltrato exagera la desigualdad debido a sus impactos social y en la salud, lo que perpetúa los ciclos de privación. Aunque el desarrollo del cerebro puede ser dañado durante toda la infancia, los niños son los más vulnerables en los tres primeros años de vida, y los mayores retornos se harán por la inversión en el desarrollo infantil temprano.

6. Las causas del maltrato son multifactoriales. **Muchas de las consecuencias se deben tratar con el sector de la salud, tanto a corto como a largo plazo.** Abordar las causas de maltrato, sin embargo, **requiere la coordinación**, esfuerzos sostenidos en varios sectores (salud, la educación, el empleo, el bienestar, la justicia, la vivienda, el comercio y la industria, los medios de comunicación y comunicación con las organizaciones no gubernamentales) **los sistemas de salud deben participar activamente para asegurar una respuesta.** Fundamentalmente, la prevención del maltrato sería acumular beneficios a todos los sectores y no sólo la salud. Considerando que los servicios de protección de menores deben fortalecerse, la sociedad debe abordar una amplia gama de factores en una fase previa, incluidos los entornos familiares de apoyo, las redes sociales, el capital social, las desigualdades sociales y de género, las actitudes sociales y culturales hacia la violencia, la creencia en el castigo corporal y el acceso al alcohol y las drogas. Estas inversiones deben promover la capacidad de recuperación y proteger a los niños y adolescentes contra los malos tratos; otros incluyen fuertes relaciones padres-hijos, relaciones sólidas entre los padres, la crianza habilidades parentales, alta educación de los padres, el empleo, la autoestima y la competencia social del niño.

Meta

7. Para reducir la prevalencia del maltrato infantil mediante la implementación de programas de prevención que el riesgo de la dirección y los factores de protección, incluidos los determinantes sociales.

8. **Reducir la prevalencia de las tasas de maltrato infantil y de homicidio infantil en un 20% en 2020.**

Objetivos

9. Tres objetivos, en consonancia con los de la estrategia para la salud infantil y adolescente, se han desarrollado para lograr el objetivo de reducir el maltrato infantil por una mejor prevención.

Objetivo 1. Hacer los riesgos para la salud más visibles mediante la creación de sistemas de información en los Estados miembros. (Como el homicidio es un evento relativamente raro, un promedio de tres años sería más fiable.)

10. Pocos países recopilan periódicamente información fiable sobre la prevalencia del maltrato a los niños y otras experiencias adversas en la infancia. **Las definiciones operativas de niño maltrato debe ser estandarizada; la información debe ser obtenida de diversos sectores y agencias y debe ser compartida.** La información debe incluir que a partir de las líneas de ayuda del niño, de el sector de la justicia y de los servicios de protección de menores, que son una medida de la respuesta a **maltrato infantil.** Los países deberían usar los existentes o incipientes auto-reportes y los datos

informados por los padres en encuestas hacia la comunidad para evaluar la prevalencia subyacente y la incidencia de maltrato infantil.

Las acciones deben centrarse no sólo en los distintos tipos de maltrato y la adversidad, sino también en el riesgo, factores, la edad, el género y los factores determinantes socioeconómicos.

Las herramientas estandarizadas estarán disponibles para su uso en dichas encuestas y esas encuestas estarán en consonancia con el derecho del niño a ser escuchado.

Los sistemas de información deberán ser utilizados para evaluar los programas de prevención establecidos en el objetivo 3, para determinar si se están cumpliendo los objetivos nacionales; esas evaluaciones requieren herramientas estandarizadas y métodos. Visto que el bienestar mental y la salud de los niños se ven perjudicados por los malos tratos y otras experiencias adversas, las encuestas escolares del bienestar mental de los niños podrían proporcionar indicadores adicionales de apoyo.

11. Resultados: Los países deben publicar informes exhaustivos sobre la situación de los niños sujetos a maltrato, utilizando criterios estandarizados y deben participar en las encuestas estandarizadas realizadas por la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas.

12. Indicadores: Número de países que cuentan con:

- e) Estadísticas sobre la incidencia y prevalencia nacionales sobre el maltrato infantil;
- f) Las encuestas sobre maltrato infantil (abuso físico, sexual y mental y abandono) y bienestar mental, basadas en instrumentos de encuesta y métodos estandarizados;
- g) Informes completos que muestren una reducción en el maltrato infantil; y
- h) Los informes que muestren un mejor bienestar mental de los niños.

Objetivo 2. Fortalecer la gobernabilidad para la prevención de maltrato infantil, a través de alianzas y la acción multisectorial por el desarrollo de planes nacionales.

13. Es posible obtener avances sustanciales en la prevención del maltrato infantil mediante la coordinación de los actores en múltiples sectores. El liderazgo para aprovechar estas fortalezas debe estar a cargo de las autoridades gubernamentales nacionales y locales. Un primer paso importante es desarrollar y revisar los planes de acción existentes en los sectores pertinentes. La mayoría de los países tienen planes para la protección del niño; También se insta a los gobiernos a centrarse en la prevención. La legislación para proteger los derechos del niño y para evitar el maltrato infantil podría ser fortalecida; por ejemplo, el castigo corporal todavía no ha sido prohibido en la mitad de los países de la Región. Los planes o políticas de acción son más eficaces **si existe un marco de coordinación nacional que es multisectorial y financiado adecuadamente**, si el progreso en la ejecución se controla y si es proporcionada retroalimentación sobre su impacto en el maltrato. Las autoridades locales son actores fundamentales en la implementación a nivel municipal y su participación en la elaboración y ejecución de planes y programas es esencial. En el desarrollo de planes de acción y políticas para la prevención del maltrato infantil, deben hacerse también enlaces

con los de la prevención de la violencia en la pareja, la violencia juvenil y el maltrato de las personas mayores y con las estrategias para la reducción de factores de riesgo como el abuso del alcohol y las desigualdades.¹

14. Resultados: **Los países deben preparar o revisar cualquier plan de acción nacional existente y las políticas existentes, en un marco de coordinación nacional** sobre la prevención del maltrato infantil, basado en todo enfoque social, contextos socioeconómicos, en la capacidad, en las **acciones y monitoreo basados en la evidencia** para coordinar a los actores. **Debe haber los vínculos necesarios con otros ámbitos políticos, como la violencia, la educación, la justicia y los derechos del niño doméstico.**

15 Indicador: Número de países con planes y políticas para la prevención multisectorial integral e inclusiva.

Objetivo 3. Reducir los riesgos para el maltrato infantil y sus consecuencias, a través de la prevención mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud en los Estados miembros.

16. Fomentar las relaciones seguras con los padres y otros cuidadores, incluso en las instituciones, es fundamental para el desarrollo saludable de los niños. Las intervenciones preventivas anteriores favorecen en vida de los niños, y mayores serán los beneficios para el niño. Por tanto, la atención debe centrarse en los servicios para promover la salud de la familia y el entorno familiar seguros, a fin de dar todas las oportunidades para relaciones positivas y la mejora de la salud y los resultados sociales.

17. Por lo tanto, los sistemas de salud y los servicios de prevención, deben ofrecer una atención continuada, comenzando con la crianza de la familia y los ajustes institucionales, **donde se presta apoyo a prenatal cuidar, a la atención postnatal ya través de la infancia, la niñez, la adolescencia y la paternidad.** Este compromiso debe involucrar al personal de primera línea en la atención primaria de la salud, la salud pública y en la madre, reproductiva, infantil y adolescentes, la escuela y los servicios de salud mental. **Los sistemas de salud requieren el fortalecimiento de actividades de promoción y prevención.** Los servicios que tratan directamente con los niños deben posar su atención especialmente en los niños enfermos.

18. Las intervenciones universales deben ser dirigidas en proporción a las necesidades. Los niños que se encuentran por debajo del umbral de intervención de los servicios de protección infantil pueden requerir acciones de bienestar y el apoyo a los padres, mientras que la intervención

¹ Estos deben contener las fuentes de información e indicadores, tales como las tasas de homicidios de niños, atención de casos de emergencia, tasas de asalto almacenes, las encuestas nacionales de salud de los niños o encuestas multinacionales de auto-reporte adverso en experiencias de la infancia. Las encuestas como el Estudio Longitudinal Europea de embarazo y la infancia. El comportamiento de la Salud en niños en edad escolar y las experiencias infantiles adversas ofrecen amplio potencial y mecanismos para la recopilación de datos a nivel de población, tanto en el maltrato y el bienestar mental. Son útiles las fuentes auto-informadas y los datos sobre la reducción del abuso de los padres o cuidadores. Las encuestas de salud de adultos, y en general en las encuestas de salud, son otro recurso valioso. Las encuestas deben ser seleccionadas y adaptadas según corresponda, para contextos nacionales.

coercitiva por los servicios de protección de menores puede ser necesario para los demás. Del mismo modo, las zonas desfavorecidas, donde el maltrato puede ser más común, pueden requerir mayor capacidad. Siempre que sea posible, las familias deben estar provistos de apoyo para la crianza de los hijos y el bienestar, con la atención fuera del hogar como último recurso, y un enfoque en el fomento de cuidados de tipo familiar y cuidados alternativos basados en la comunidad. La atención institucional, proporcionada en establecimientos tales como orfanatos, debe ser evitada.

Cuando el mencionado servicio dura más de tres meses, el desarrollo, especialmente para los niños menores de tres años, puede ser seriamente afectado, con posibles consecuencias y efectos adversos para la salud y el desarrollo. Familias con disfunción en el hogar, tales como aquellas en las que un miembro tiene enfermedad mental o dependencia del alcohol o de drogas, o en las que hay violencia doméstica, puede ser atendida **mediante enfoques hacia la salud, la educación, la policía y los servicios sociales**, que tienen un papel fundamental en la prevención de maltrato al proporcionar **apoyo intensivo** y supervisión de estos grupos de riesgo.

19. Resultados: Las intervenciones que son eficaces para la prevención, deben formar el núcleo de los planes y programas. Estos incluyen la crianza positiva, tanto para hombres y mujeres cuidadoras, enfermera-familia, asociaciones, la formación basada en el hospital de los padres para **evitar el síndrome del niño maltratado**; los programas basados en la escuela para formar a los niños a reconocer los signos de abuso sexual y otros tipos de maltrato; la formación del personal sanitario y otros profesionales como maestros, trabajadores sociales y la policía en la detección temprana y la respuesta adecuada a los malos tratos para proteger a los niños de más daño, la rehabilitación de las víctimas y campañas de mercadeo social para cambiar las actitudes hacia la disciplina familiar violenta (incluyendo todas las formas de corporal castigo). Se deben aplicar los enfoques universales proporcionales a las necesidades para reducir la desigualdad.

Un marco de evaluación mejoraría la base de evidencias estadísticas.

20. Indicadores:

- c) Número de países que aplican programas preventivos basados en la evidencia, tanto a niveles universales y focalizados; y
- d) el número de países que llevan a cabo el desarrollo de capacidades a través de la capacitación del personal.

La función de la Oficina Regional de la OMS para Europa

21. Para alcanzar estos objetivos, se prestará apoyo a todos los Estados miembros a través de:

- la promoción nacional e internacional del más alto nivel;
- orientación sobre la preparación de informes nacionales, planes de acción, con las normas de recopilación de datos y vigilancia, programación y evaluación para ayudar a garantizar un enfoque coherente;

- orientación para los planes de acción que contiene información detallada sobre los objetivos, basada en la evidencia de las acciones propuestas, calendario de ejecución, responsables e indicadores para seguimiento y evaluación;
- la construcción de una mayor capacidad del sistema de salud para disponer de planes de acción para la prevención del maltrato infantil y programas basados en un enfoque integral de la sociedad, incluido el sector de la salud; y
- un informe sobre la situación europea en base de línea de y otro a los cinco años, con la ayuda para el país

22. OMS prestará apoyo en profundidad a varios países en la preparación de la acción nacional y en los planes, programas de vigilancia y presentación de informes de ejecución, incluso mediante acuerdos bienales de colaboración.

23. Se establecerán asociaciones con organismos de los Estados Miembros, las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Unión Europea y sus instituciones, no gubernamentales, y con organizaciones y asociaciones profesionales.

Anexo. Escala y consecuencias del problema.

1. El maltrato infantil conduce a la muerte prematura de al menos 850 niños menores de 15 años en la Región de Europa cada año. **No todas las muertes por maltrato se registran correctamente** y esta cifra puede ser una subestimación; los datos de mortalidad son los mejores disponibles en la actualidad. **Las muertes, sin embargo, son sólo la punta del iceberg.** Muchos casos de abuso no pueden ser prevenidos por los servicios de protección. Las prácticas nacionales sobre el maltrato varían entre países, por lo que es difícil tener una visión regional.

2. Los análisis de las encuestas de la comunidad en Europa y en todo el mundo han confirmado la alcance de los abusos en la comunidad. Ellos muestran una tasa de prevalencia del 9,6% para el abuso sexual (13,4% en niñas y 5,7% en los varones), el 22,9% para el abuso físico y el 29,1% para el abuso mental, sin existir una verdadera diferencia de género. La investigación mundial sobre el abandono muestra que la prevalencia es alta: 16,3% para abandono físico y el 18,4% para el abandono emocional. La aplicación de estas cifras a la población de los niños en Europa sugiere que 18 millones de niños sufren de abuso sexual, 44 millones de maltrato físico y 55 millones de abuso mental. Más estudios en países europeos, llevado a cabo periódicamente con los mismos métodos, son necesarios para comprender mejor no sólo la escala del problema, sino también el riesgo de factores y resultados a largo plazo. La mayoría de los malos tratos en el comunidad es relativamente suave, aunque puede persistir durante un largo tiempo. Este tipo de abuso justifica las intervenciones de apoyo de los padres por los servicios de bienestar y apoyo a la familia, en lugar de investigación por parte de las agencias de protección de menores.

3. **El maltrato infantil es una de las principales causas de las desigualdades en salud y la injusticia social**, con poblaciones más pobres y desfavorecidos en mayor riesgo. Las tasas de homicidio de los niños menores 15 años en los países de bajos y medianos ingresos en la región son más del doble de los de ingresos altos países: 7 de cada 10 muertes infantiles ocurren homicidios en esos países.

También existen diferencias dentro de los países: las tasas de mortalidad infantil son varias veces más alta en las poblaciones desfavorecidas que en comunidades más ricas y los niños que viven en barrios marginales más probabilidades de ser ingresados en el hospital por asalto.

4. El maltrato puede causar estrés que afecta el desarrollo cerebral de los niños, especialmente en los primeros años y se extiende a la adolescencia. A lo largo del ciclo de vida, la salud mental y física y el bienestar puede ser dañado por la conducta de salud-daño. Las pruebas para el desarrollo de problemas de salud mental, como la depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, problemas de conducta, intentos de suicidio, autolesiones y el uso ilícito de drogas, después de los malos tratos es fuerte e indiscutible. El trastorno de estrés postraumático ha sido reportado hasta en una cuarta parte de los niños maltratados. El maltrato infantil puede ser responsable de casi una cuarta parte de la carga de los trastornos mentales, especialmente en asociación con otras experiencias adversas o negativas en la infancia. También hay fuertes asociaciones con comportamientos sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual, el abuso de alcohol, incluyendo consumo masivo ocasional, en el mismo sentido hay evidencia para el desarrollo de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles. El maltrato afecta a la escolarización, que provoca una disminución en el nivel de instrucción y las perspectivas de empleo más pobres. Además, puede conducir a la transmisión de la violencia entre generaciones, de padres a hijos, de modo que las víctimas de abuso pueden sufrir y ejercer la violencia.

5. Nuevas evidencias sugieren que los costos económicos y sociales son muy altos, con pesada carga sobre los costos de la atención de la salud, el bienestar social, la justicia y la pérdida de productividad, tal vez corriendo en decenas de miles de millones de Euros. La magnitud del maltrato, su salud de largo alcance y las consecuencias sociales y altos costos económicos destacan la importancia de su prevención. **Hay una necesidad urgente de mejores servicios de prevención, y no sólo para los servicios de protección, para disminuir sus consecuencias.**

Al tenor de lo antes mencionado, es claro que la Iniciativa, se ajusta en toda forma a las estrategias definidas por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, e incluso el Programa y la acción pública han sido planteados en términos de estándares e indicadores de calidad internacionalmente aceptados

TEXTO ORIGINAL

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark Telephone: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

Email: governance@euro.who.int Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

Regional Committee for Europe EUR/RC64/13

64th session + EUR/RC64/Conf.Doc./5

Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014 14 July 2014

140439

Provisional agenda item 5(c) ORIGINAL: ENGLISH
**Investing in children: the European child maltreatment
prevention action plan 2015–2020**

EUR/RC64/13

page 1

Scope

1. In line with Health 2020 and “Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020” (document EUR/RC64/12), this action plan promotes both population-level actions and targeted, selective approaches for high-risk groups, thereby seeking to redress inequality. The actions require a health-in-all approach, in which health systems have a coordinating role requiring strong governance. To maximize the gain from investment, the plan promotes a series of evidence-based programmes, summarized in the *European report on preventing child maltreatment*.¹ These will be achieved by redirecting existing resources towards more effective activities that provide a return on investment. The prevention of maltreatment and other adversity in childhood will help children and adolescents to realize their full potential for health, development and well-being throughout their life-course.

2. The action plan to prevent child maltreatment is based on the following approaches, in keeping with Health 2020 and “Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020”:

- a life-course approach
- an evidence-informed approach
- a health systems approach
- a partnership and intersectoral approach
- promotion of children’s rights according to the Convention on the Rights of the Child.

3. Child maltreatment was documented as a particularly significant problem in Europe in the *European report on preventing child maltreatment*.¹ The aim of this action plan is to prevent child maltreatment in whatever form, whether sexual, physical or mental abuse, or neglect. The action plan will also cover other adverse childhood experiences – such as household dysfunction, including parental violence; having a household member with a mental illness; drug or alcohol dependency; or incarceration – because these are major risk factors for maltreatment.

4. This action plan calls for a greater preventive role of universal services to reduce maltreatment and its consequences rather than sole reliance on child protection services after abuse has occurred. Child maltreatment is common: the prevalence in the European Region ranges from 9.6% for sexual abuse (5.7% of boys, 13.4% of girls) to 22.9% for physical and 29.1% for mental or emotional abuse. Globally, the prevalence of physical neglect is 16.3% and that for emotional neglect is 18.4%. These high rates far exceed the capacity of child protection services to respond effectively. Household dysfunction is also common, ranging from a rate of 16.4% for alcohol dependency of a household member, 14.6% for witnessing parental violence, 14.1% for parental separation, 10% for a household member with mental illness, 5.3% for an incarcerated household member and 2.6% for drug dependency of a household member.

5. Maltreatment and other adversity in childhood may cause toxic levels of stress, which impair brain development and may lead to the adoption of health-harming behaviour, poorer mental and physical health, worse educational and social outcomes throughout the life-course and intergenerational transmission of violence. Maltreated children may be at greater risk for being a victim or perpetrator of violence, including bullying in schools. Children with a disability or behavioural problems may be at increased risk for maltreatment, as may children in 1 European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

EUR/RC64/13 page 2 institutional care, such as orphanages. Exposure to household dysfunction or living in a community with high levels of violence, poor schooling, high unemployment and inequalities is influenced by social policy. Maltreatment exacerbates inequality because of its health and social impacts, thereby perpetuating cycles of deprivation. Although brain development may be harmed throughout childhood, children are most vulnerable in the first three years of life, and the greatest returns will be made by investment in early child development.

6. The causes of maltreatment are multifactorial. Many of the consequences must be dealt with by the health sector, in both the short and the long term. Addressing the causes of maltreatment, however, requires coordinated, sustained efforts in multiple sectors (health, education, employment, welfare, justice, housing, trade and industry, media and communications, nongovernmental organizations) and health systems must be actively engaged in ensuring a response. Critically, preventing maltreatment would accrue benefits to all sectors and not just health. Whereas child protection services should be strengthened, society must address a broad range of factors further upstream, including supportive family environments, social networks, social capital, social and gender inequalities, social and cultural attitudes to violence, belief in corporal punishment and access to alcohol and drugs. Such investments will promote resilience and protect children and adolescents against maltreatment; others include strong parent–child relationships, strong relationships between parents, nurturing parental skills, high parental education, employment, self-esteem and child social competence.

Goal

7. To reduce the prevalence of child maltreatment by implementing preventive programmes that address risk and protective factors, including social determinants.

Target

8. Reduce the prevalence of child maltreatment and child homicide rates by 20% by 2020.2

Objectives

9. Three objectives, in keeping with those of the strategy for child and adolescent health, have been developed to achieve the goal of reducing child maltreatment by better prevention.

Objective 1. Make health risks such as child maltreatment more visible by setting up information systems in Member States

10. Few countries regularly collect reliable information on the prevalence of child maltreatment and other adverse childhood experiences. Operational definitions of child maltreatment should be standardized; information should be gathered from various sectors and agencies and should be shared. The information should include that from child helplines, from the justice sector and from child protection services, which are a measure of the response to child maltreatment. Countries should use existing or incipient self-reported or parent-reported community surveys to assess the underlying prevalence and incidence of child maltreatment.

2 As homicide is a relatively rare event, a three-year average would be more reliable.

EUR/RC64/13page 3 They should focus not only on the various types of maltreatment and adversity but also on risk factors, age, gender and socioeconomic determinants. Standardized tools are available for use in such surveys and such surveys are in keeping with children’s right to be heard.3 The information systems should be used to evaluate preventive programmes under objective 3, to determine whether national targets are being met; such assessments require standardized tools and methods. Children’s mental well-being and health are harmed by maltreatment and other adverse experiences and school-based surveys of the mental well-being of children could provide additional supportive indicators.

11. **Outcomes:** Countries should publish comprehensive reports on the status of child maltreatment using standardized criteria and should participate in standardized surveys undertaken by WHO and other United Nations bodies.

12. **Indicators:** numbers of countries that have: (a) measures of national child maltreatment incidence and prevalence; (b) surveys of child maltreatment (physical, sexual and mental abuse and neglect) and mental well-being, based on standardized survey instruments and methods; (c) comprehensive reports showing a reduction in child maltreatment;⁴ and (d) reports showing improved child mental well-being.

Objective 2. Strengthen governance for the prevention of child maltreatment through partnerships and multisectoral action by developing national plans

13. Substantial gains in preventing child maltreatment can be made by coordinating actors in multiple sectors. Leadership to harness these strengths should be provided by national and local governments. An important first step is to develop and review any existing action plans in relevant sectors. Most countries have plans for child protection; governments are also urged to focus on prevention. Existing legislation to protect child rights and to prevent child maltreatment might have to be strengthened; for example, corporal punishment has still not been banned in all settings in half the countries in the Region. Action plans or policies are more effective if there is a national coordinating framework that is multisectoral and properly funded, if progress in implementation is monitored and if feedback on their impact on maltreatment is provided. Local authorities are critical players in implementation at the municipal level and their engagement in the development and implementation of plans and programmes is essential. In developing action plans and policies for the prevention of child maltreatment, links should also be made with those for the prevention of intimate partner violence, youth violence and maltreatment of the elderly and with strategies for reducing risk factors such as alcohol abuse

3 United Nations Convention on the Rights of the Child, Article 12. 4 These should contain information sources and indicators, such as child homicide rates, emergency department assault rates, national surveys of child health or multicountry surveys of self-reported adverse childhood experiences. Surveys such as the European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood,

Health Behaviour in School-aged Children and Adverse Childhood Experiences offer potential mechanisms for data collection at the population level, on both maltreatment and mental well-being. Self-reported reductions in abuse by parents or carers as reported in adult health surveys, such as general health surveys, are another valuable resource. Surveys should be selected and adapted as appropriate for country contexts. Tailoring planned surveys would be a goal.

EUR/RC64/13

page 4 and inequalities. Country assessments and documentation are being prepared, including the *Global status report on violence prevention*.⁵

14. **Outcomes:** Countries should prepare or review any existing national action plan or policy or national coordinating framework on the prevention of child maltreatment, based on a whole-of-society approach, socioeconomic contexts, capacity, evidence-based actions and monitoring to coordinate the actors. There should be the necessary links with other policy areas, such as domestic violence, education, justice and child rights.

15. **Indicator:** Number of countries with comprehensive, inclusive multisectoral prevention plans or policies.

Objective 3. Reduce risks for child maltreatment and its consequences through prevention by strengthening health systems in Member States

16. Safe, nurturing relationships with parents and other caregivers, including in institutions, are central to a child's healthy development. The earlier preventive interventions are made in children's lives, the greater the benefits to the child. The focus should therefore be on services to promote

family health and safe family environments, so as to give every opportunity for positive relationships and improved health and social outcomes.

17. Health systems and preventive services should therefore offer a continuum of care, starting with nurturing family and institutional settings, where support is provided for antenatal care, to postnatal care and through infancy, childhood, adolescence and parenthood. This will involve front-line staff in primary health care, public health and in maternal, reproductive, child and adolescent, school and mental health services. Health systems will require strengthening in advocacy and prevention. Services dealing directly with children should actively seek children's views.

18. Universal interventions should be targeted in proportion to need. Children who find themselves below the threshold for action by child protection services may require welfare and parenting support, whereas coercive intervention by child protection services may be required for others. Similarly, deprived areas, where maltreatment may be more common, may require greater capacity. Whenever possible, families should be provided with parenting and welfare support, with out-of-home care as a last resort and a focus on fostering or family-type community-based alternative care. Institutional care, such as orphanages, should be avoided.

When such care lasts longer than three months, development, especially for children under three years, may be seriously impaired, with possible adverse health and developmental consequences. Families with household dysfunction, such as those in which a member has mental illness or alcohol or drug dependency, or in which there is domestic violence, may be known to health, education, police and social services, which have a pivotal role in preventing maltreatment by providing intensive support and supervision to these at-risk groups.

19. **Outcomes:** Interventions that are effective for prevention should form the core of the plan. These include positive parenting for both male and female caregivers, nurse–family partnerships, hospital-based training of parents to prevent “shaken baby syndrome” or abusive 5 The Global status report on violence prevention (2014) is to be launched later this year by WHO, the United Nations Development Programme, and the United Nations Office on Drugs and Crime and is listed here as an example of work in progress (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/en/, accessed 18 April 2014).

EUR/RC64/13 page 5 head trauma, school-based programmes to train children to recognize signs of sexual abuse and other types of maltreatment, training of health care staff and other professionals such as teachers, social workers and police in early detection and appropriate responses to maltreatment to protect children from further harm, rehabilitation of victims and social marketing campaigns to change attitudes towards violent familial discipline (including all forms of corporal punishment). Universal approaches proportional to need should be applied to reduce inequality. An evaluative framework would improve the evidence base.

20. **Indicators:**

- (a) number of countries implementing evidence-based preventive programmes at both universal and targeted levels; and
- (b) number of countries undertaking capacity development through staff training.

The role of the WHO Regional Office for Europe

21. To achieve these objectives, support will be provided to all Member States in the form of:

- national and international advocacy at the highest level;
- guidance on preparing national reports, action plans, with data collection standards and surveillance, programming and evaluation to help ensure a consistent approach;
- guidance for action plans containing detailed information on objectives, evidence-based action proposed, timetable for implementation, responsible parties and indicators for monitoring and evaluation;

- building health system capacity for child maltreatment prevention action plans and programmes based on a whole-of-society approach, including the health sector; and
- a baseline European status report and another at five years, with support for country profiles.⁶

22. WHO will provide in-depth support to several countries in preparing national action plans, reporting, surveillance and implementing programmes, including through biennial collaborative agreements.⁷

23. Partnerships will be forged with Member States, United Nations bodies such as the United Nations Children’s Fund, the European Union and its institutions, non governmental organizations and professional associations. 64 countries in Europe are participating in the *Global status report on violence prevention*, which will be published in 2014 and have nominated national data coordinators; country profiles will be prepared from the data collected. The next survey is planned for 2019.

710 countries have conducted surveys of adverse childhood experiences, and several have chosen child maltreatment prevention as a priority.

EUR/RC64/13 page 6 **Annex. Scale and consequences of the problem**

1. Child maltreatment leads to the premature death of at least 850 children under 15 years in the European Region every year. Not all deaths from maltreatment are properly recorded and this figure may be an underestimate; the mortality data are the best available currently. Deaths, however, are only the tip of the iceberg. Much abuse may not come to the attention of child protection services. National practices on maltreatment vary between countries, making it difficult to take a regional view.

2. Analyses of community surveys in Europe and around the world have confirmed the extent of abuse in the community. They show a prevalence rate of 9.6% for sexual abuse (13.4% in girls and 5.7% in boys), 22.9% for physical abuse and 29.1% for mental abuse, with no real gender difference. Worldwide research on neglect shows that the prevalence is high: 16.3% for physical neglect and 18.4% for emotional neglect. Applying these figures to the population of children in Europe suggests that 18 million children suffer from sexual abuse, 44 million from physical abuse and 55 million from mental abuse. More studies in European countries, undertaken periodically with the same methods, are needed to better understand not only the scale of the problem but also the risk factors and long-term outcomes. Most maltreatment in the community is relatively mild, although it may persist for a long time. This type of abuse warrants parental supportive interventions by welfare and family support services, rather than investigation by child protection agencies.

3. Child maltreatment is a leading cause of health inequality and social injustice, with poorer and disadvantaged populations at greater risk. The rates of homicide of children below 15 years in low- and middle-income countries in the Region are more than twice those in high income countries: 7 of 10 child homicide deaths occur in those countries. Differences also exist within countries: child death rates are several times higher in disadvantaged populations than in wealthier communities and children living in deprived neighbourhoods more likely to be admitted to hospital for assault.

4. Maltreatment may cause stress that affects children’s brain development, especially in the early years but also into adolescence. Throughout the life-course, mental and physical health and well-being may be damaged by health-harming behaviour. The evidence for development of mental ill health, such as depression, anxiety, eating disorders, behavioural problems, suicide attempts, self-harm and illicit drug use, after maltreatment is strong and indisputable. Posttraumatic stress disorder has been reported in as many as one fourth of abused children. Child maltreatment may be responsible for almost one fourth the burden of mental disorders, especially in association with other adverse or negative experiences in childhood. There are also strong associations with risky

sexual behaviour and sexually transmitted infections, alcohol misuse, including binge-drinking, and there is emerging evidence for the development of obesity and other noncommunicable diseases. Maltreatment affects schooling, leading to lower educational attainment and poorer employment prospects. Further, it may lead to the transmission of violence between generations, from parents to children, so that abuse victims continue to both suffer and inflict violence.

5. Emerging evidence suggests that the economic and social costs are very high, with heavy costs for health care, social welfare, justice and lost productivity, perhaps running into tens of billions of Euros. The extent of maltreatment, its far-reaching health and social consequences and high economic costs emphasize the importance of its prevention. There is an urgent need for better preventive services, and not only for protection services, to lessen its consequences.

= = =