

DERECHOS DEL NIÑO

Elaborado por GIN

10



A pesar de los avances y esfuerzos del Estado para mejorar la situación de la niñez y adolescencia y dar cumplimiento a la Convención de los Derechos de los Niños quedan todavía serios problemas en los que el Estado debe asumir su responsabilidad.

DERECHOS Y LIBERTADES INDIVIDUALES

Inscripción de los nacimientos y documentación

En los últimos años ha aumentado significativamente el registro y documentación de la niñez en el país. En el año 2013, 9 946,053 niños, niñas y adolescentes contaban con el Documento Nacional de Identidad¹, lo que representa el 90% en el país, pero las brechas se mantienen, debido a barreras administrativas, normativas, económicas, geográficas y culturales que dificultan en grados a veces extremos que las poblaciones más pobres accedan a este importante derecho, desde el punto de inicio que es el certificado de nacido vivo. Estas barreras son aún más difíciles de superar para las familias que tienen una lengua materna distinta al español.

A esto se añaden problemas administrativos como la alta rotación de los registradores capacitados en las oficinas municipales, la inadecuada coordinación e interconexión entre el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y las municipalidades.

ENTORNO FAMILIAR Y OTRO TIPO DE TUTELA

Se estima que más de 16 mil² niños, niñas y adolescentes se encuentran colocados en Centros de Atención Residencial (CAR) a cargo del

INABIF, los gobiernos regionales y las sociedades de beneficencia pública. Para estas entidades no existe un sistema adecuado de supervisión. Inclusive, se ha identificado que, a pesar de que existe la obligación de acreditarse ante el MIMPV existen algunos CAR que atienden sin contar con la acreditación adecuada y sin cumplir criterios mínimos; pero gozando de un “consentimiento” de hecho de las autoridades tanto judiciales como administrativas.³

Muchos CAR, debido a su enfoque benéfico-asistencial, no promueven la reinserción familiar de los niños, niñas y adolescentes o programas de preparación para la vida al egresar del establecimiento. Por otro lado, se conocen situaciones de castigo inaceptables como suspensión de alimentos, visitas de familiares o salidas al hogar⁴. Además, no se contemplan aspectos socio-culturales para beneficiarios indígenas⁵.

El proceso de declaración de estado de abandono, a cargo del Poder Judicial, es uno de los nudos críticos más importantes, sumado a que solo se utiliza la notificación vía edicto, dejando de lado otras opciones viables. Un ejemplo de la dificultad del Poder Judicial para atender la demanda, es que dispone, en Lima Centro, solo de **15 Juzgados Civiles Tutelares**, que reciben casos de 30 distritos.

En relación a las adopciones, los procesos demoran un tiempo promedio de cinco años, mucho más largo que en otros países. Debido a la larga duración de los procesos de investigación tutelar hasta la declaración de abandono, la mayoría de niños y niñas recién están disponibles para adopción dos o tres años después de haber ingresado a los CAR. Los menores de 5 años tienen posibilidades más altas de ser adoptados, mientras que los mayores suelen

1 Plan Nacional Perú contra la Indocumentación 2011-2015.

2 Estimaciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el Perú a nivel nacional. Informe Defensorial N.º153 de la Defensoría del Pueblo titulado “Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención” (2011).

3 Aldeas Infantiles SOS Perú, Informe elaborado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Un cuidado de calidad: el derecho de los niños y niñas. Op. Cit. Pág. 42

4 Informe Defensorial n.º150 de la Adjuntía de la Niñez de la Defensoría del Pueblo “El derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir en una familia: la situación de los Centros de Atención Residencial estatales” (2010).

5 Aldeas Infantiles SOS Perú, Informe elaborado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Un cuidado de calidad: el derecho de los niños y niñas. Op. cit. Pág. 35

quedar institucionalizados. Con procesos más eficientes, muchos niños y niñas podrían gozar de un entorno familiar.

La experiencia de otros países de la región, como Colombia y Brasil, en el fortalecimiento de la participación del Estado en el financiamiento de programas de acogida privados, podría asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes tengan oportunidad de acceder a un servicio de calidad.

Finalmente, como no se tiene en cuenta la opinión de los propios niños, niñas y adolescentes, inclusive en decisiones como traslados y egresos intempestivos o la separación de hermanos. No se impulsan mecanismos para quejas o denuncias, aún en casos extremos como los del castigo físico y trato humillante.

PROTECCIÓN FRENTE AL ABUSO SEXUAL Y ATENDER LA RECUPERACIÓN DE LAS VÍCTIMAS

Existen serios obstáculos para sincerar las cifras de violencia sexual, principalmente porque las víctimas no suelen denunciar la agresión. En el 2014 el CEM registró 2276 casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes y el 53% de los agresores era un miembro de la familia. Actualmente los recursos técnicos, materiales y económicos destinados a la atención y protección de víctimas de abuso sexual son insuficientes, como la ausencia de ambientes que garanticen la privacidad de las denuncias en las comisarías o de personal policial que maneje los idiomas indígenas. Existen pocas cámaras Gessell⁶, originando largos periodos de espera para la realización de las entrevistas.

Existen también pocas casas de acogida o CAR para víctimas de abuso sexual, y política sobre la garantía de atención recuperativa de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual aún no es clara.

Esta problemática se agrava por la inexistencia de un sistema de registro único de atención y protección de víctimas de violencia y la falta de coordinación entre los diversos servicios del sistema de protección.

Otro factor preocupante es que en la nueva propuesta del Código del Niño y del Adolescente se invisibiliza la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes.

CASTIGOS CORPORALES

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2013), el 23.2% de los padres usa el castigo físico. Por eso, es preocupante la propuesta de modificación del Código del Niño y Adolescente en la Comisión de Justicia del Congreso, es que no se incluye la prohibición expresa del castigo físico y humillante como mecanismo de corrección o disciplina. Tampoco elimina el término "corrección moderada" que figura en el artículo 74 del actual Código. Esta forma jurídica indeterminada, en los hechos, legitima el uso de métodos violentos por parte de padres, hermanos y otros familiares.

No se han desarrollado estrategias sostenibles para prevenir, detectar y derivar casos de castigos corporales a los servicios de protección. Tampoco está garantizada para las víctimas la posibilidad de hacer denuncias espontáneas.

VIDA PLENA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

La ausencia de información actualizada es una barrera para estimar las necesidades de asistencia requeridas. Los locales en los que se puede realizar la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (RNPC), están concentrados en las capitales de departamentos. Asimismo, el número de médicos facultados para certificar la discapacidad es

6 Servicio sustentado por la Ley 27115

insuficiente y se concentra en zonas urbanas importantes⁷

El Ministerio de Salud no cuenta con personal capacitado en los niveles de atención primaria para la detección de discapacidades. Además, no se está implementando la norma técnica⁸ de evaluación y desarrollo de niños y niñas menores de cinco años que permitiría detectar y referir los casos a servicios especializados de manera oportuna. El sistema de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) del Estado peruano no cubre el tratamiento y la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Por su parte, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad 2009-2018⁹ no incorpora lo recomendado por el Comité en la Observación General N° 9 (recomendación 43) sobre las medidas necesarias para la prevención de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

La cobertura y calidad de los servicios educativos para niños, niñas y adolescentes con discapacidad aún son débiles. Muy pocas tienen el ingreso o los baños adaptados. Además, apenas el 1.3% de los Centros de Educación Básica Especial de gestión pública están ubicados en zonas rurales¹⁰. Además existe un alto nivel de exclusión educativa: el 62.8% de niños entre 3 y 5 años y el 36.9% de niños entre 6 y 11 años y el 49.2% de adolescentes no asiste a ningún centro educativo.

Existen 381 Centros de Educación Básica Especial de gestión pública: solo el 23% cuenta con el acompañamiento del Servicio de Apoyo y Asesoramiento para Atención de Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. En 48 provincias del país dicho servicio no funciona.

Hay poco dinero destinado a la inclusión de niños en escuelas regulares, lo que no permite una real inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas. Los equipos SAANEE que funcionan hace más de 10 años no logran cubrir la atención de los niños incluidos.

DERECHO AL DISFRUTE DE BUENA SALUD

La mortalidad infantil se ha reducido a 16 por mil (2013). Sin embargo, en los estratos de mayor pobreza, las zonas rurales y las poblaciones nativas continúan produciéndose muchas muertes tempranas por causas que podrían evitarse. Cabe resaltar que el embarazo adolescente contribuye a la incidencia de la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil.

La desnutrición crónica infantil se redujo del 28.5% al 17.5% entre los años 2007 y 2013, pero en la zona rural persiste en 25.2%. En el mismo plazo, la anemia infantil disminuyó de 37.2% al 34,0%, pero es más frecuente en la zona rural (39,8%) y en la selva y la sierra supera el 40%. Madre de Dios (48.2%), Loreto (47.8%) y Cusco (46.7%) ocupan los primeros lugares en el país.

PROTECCIÓN Y REPARACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CONTAMINADOS POR DAÑOS AL MEDIOAMBIENTE

Según el Informe 2013 de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, existen niños, niñas y adolescentes que presentan metales pesados en la sangre, tales como plomo, cadmio, zinc, arsénico, molibdeno, mercurio, bario, berilio, cesio, cobalto, platino, antimonio, talio, tungsteno y uranio. La zona más afectada es la ciudad de La Oroya, con el 97% de niños, niñas y adolescentes contaminados por plomo.

Por otro lado, es una tarea pendiente del Estado, dimensionar el impacto de la minería en el país y, visibilizar sus consecuencias nocivas a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

7 La Ley N°29973, establece que la certificación la realizan un médico rehabilitador y un médico especialista. En los establecimientos de salud que no tienen este tipo de personal, la certificación solo la puede realizar profesionales capacitados por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). El INR es la institución encargada de capacitar a los médicos que luego serán acreditados ante ESSALUD como médicos capacitados en rehabilitación.

8 Resolución Ministerial 990-2010-MINSA.

9 Aprobado por el Decreto Supremo n.° 007-2008-MIMDES (23/12/2008).

10 Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2013). La situación de los Derechos Humanos en el Perú 2012 – 2013 Informe Preliminar.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Existe un incremento del embarazo adolescente: en el 2012 el 13.2%¹¹, de las mujeres entre 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban gestando por primera vez, mientras en el 2013 ese porcentaje aumentó a 18. Los mayores porcentajes se presentan en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en las zonas rurales (20.3%)¹². Se observa, entre los años 2010 y 2012, una tendencia al incremento en el porcentaje de muertes maternas en adolescentes entre los 12 y 17 años de edad (de 4.6% a 9.6%)¹³. Las principales causas directas son la hipertensión inducida por el embarazo (41%) y el aborto (29%). Asimismo, la principal causa indirecta de muerte materna en adolescentes es el suicidio (56%).¹⁴

Por otro lado, el Ministerio de Salud,¹⁵ informó que el 34% de niñas y adolescentes de 10 a 19 años que denunciaron violación sexual quedaron embarazadas.

Asimismo, existe un acceso limitado de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva debido a que el artículo 4 de la Ley General de Salud dispone que, para cualquier tratamiento, los y las adolescentes, deban ir acompañados por sus padres, madres o tutores. Además, está prohibida la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia.

En los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral no hay referencias a la diversidad sexual, por lo que es posible afirmar que el enfoque de la educación sexual integral propuesto corresponde a un enfoque hetero normativo de la sexualidad. Debe tenerse presente también la situación de los jóvenes que egresan de los CAR, sin haber desarrollado habilidades sociales que faciliten

su reinserción en la sociedad, incluyendo la falta de conocimientos y orientación sobre su sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.

SITUACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH/SIDA

En el año 2012 existían 1462 niños, niñas y adolescentes, que viven con SIDA; y de este total, la mitad tenía menos de 15 años.¹⁶

Mediante el Decreto Supremo N.º 003-2002-SA referente a las prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS), el Estado asumió la responsabilidad de dar Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) a las personas infectadas con VIH/SIDA, entre las cuales se incluyen a niños y niñas de 0 a 17 años. Sin embargo, el desabastecimiento de medicinas para el TARGA es una constante, que afecta la evolución de los pacientes y aumenta el riesgo de que los niños, niñas y adolescentes padezcan infecciones diversas y mueran.

Otro problema es la tuberculosis, que se hace más complejo debido a la comorbilidad entre ésta con el VIH/SIDA y la TBMDR. Un factor agravante de vulnerabilidad son las peores formas del trabajo infantil por las condiciones insalubres y alimentación inadecuada.¹⁷ En la cadena de atención se identifica la demora en la entrega de los resultados de los análisis y en la provisión del tratamiento, la inexistencia de medicamentos dosificados para niños, niñas y adolescentes y la falta de especialistas en tuberculosis infantil.

EDUCACIÓN

En el 2013 el gasto público en educación sólo llegó al 3.3% del PIB. Cabe resaltar que el Perú es uno de los países de la región que menos

11 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012.

12 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013.

13 Para el año 2012, el Ministerio de Salud reportó 41 casos de muertes maternas en adolescentes entre 12 y 17 años.

14 Mesa de Lucha contra la Pobreza. Programa Presupuestal "Salud Materna Neonatal" (SMN). Reporte de Seguimiento Concertado: Balance de ejecución mayo, 2012 (p. 4).

15 Ministerio de Salud. Hoja de datos 3. UNPFA. 2012, s/n

16 Situación epidemiológica mensual. Noviembre, 2012. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud. http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih/Boletin_2012/noviembre.pdf.

17 "Un tratamiento para tuberculosis en promedio cuesta \$ 30 dólares americanos. Un tratamiento para TB MDR cuesta \$ 4000 dólares según el plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional a la tuberculosis (PEM - TB) 2010-2019".

presupuesto destina a la Educación y que la ejecución del gasto en educación no ha sido pareja sobre el territorio nacional.

Durante el actual programa de gobierno se crearon programas de atención a primera infancia, pero se carece de información sobre su cobertura. En el nivel primario se alcanzan felizmente altos niveles de cobertura (94%).¹⁸

Se observa una brecha de acceso en las áreas rurales en el nivel inicial y secundario. En el área rural, la tasa de matrícula para el nivel inicial es de 61.2 % y en el área urbana es de 77.0%. En secundaria, los porcentajes son del 70.5% y 84.8% respectivamente (2011).¹⁹ De otro lado, los datos de la matrícula del año 2011 revelan logros en paridad de género en el nivel inicial, primario y secundario, tanto en el área urbana como en el medio rural.

Al 2012 aún existen brechas entre las comunidades urbanas, rurales e indígenas. En el caso de la educación inicial la cobertura de matrícula alcanzaba al 80.4%, 70.0% y 68.7%, respectivamente; mientras que en secundaria las tasas de matrícula eran de 86.9%, 72.8% y 75.5%, según lo informa el EMI 2014.²⁰

La actual gestión gubernamental le está dando prioridad a la EIB y el 2012 inició un registro de escuelas de estas características. En abril de este año, la Dirección General de Educación Intercultural Bilingüe y Rural (DIGEIBIR) informó que 19,962 instituciones educativas se registraron como EIB, es decir, que el 23% de la totalidad de escuelas en el país serían EIB, pero es preocupante la baja calidad de la educación de los niños y niñas indígenas.

En cuanto al acoso escolar, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, la violencia y el bullying son problemas cuya magnitud ha aumentado en los últimos años. Entre los más vulnerables se encuentran aquellos que por motivo

de procedencia y lengua, son minoría; los más pobres, discapacitados y las niñas. La Estrategia Nacional de Paz Escolar desde el 2014 aborda la temática y se espera que promueva procesos educativos de formación ciudadana que integren estrategias de género e interculturalidad.

MEDIDAS ESPECIALES DE PROTECCIÓN FRENTE A LA EXPLOTACIÓN ECONÓMICA, INCLUIDO EL TRABAJO INFANTIL

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2011²¹, la Población Económicamente Activa (PEA) incluye a 1 952 000 menores de edad. Esto equivale al 26.7% del total de niños, niñas y adolescentes del Perú. De este total, el 8% busca trabajo y el restante 92% se encuentra trabajando. Es decir, hasta el 2011, la PEA ocupada, cuyas edades fluctúan entre los 6 y 17 años, alcanzaba la cifra de 1 795 000. Cerca de la mitad de todos estos menores (47.7%) tiene entre 6 y 13 años, es decir, trabajan por debajo de la edad mínima de admisión al empleo.

A pesar de que la legislación nacional prevé la figura del Registro Nacional (adolescentes que trabajan independientemente en los gobiernos locales y trabajo adolescente dependiente en el Ministerio de Trabajo) aún no se logra que los adolescentes trabajadores sean inscritos.

Si bien se ha establecido la lista de trabajos peligrosos para adolescentes, no se cuenta con un mecanismo para implementar esta disposición.

EXPLOTACIÓN SEXUAL INFANTIL Y LA TRATA DE PERSONAS

Respecto a las denuncias existentes por trata o explotación sexual, la cuarta parte son menores de edad, la mayoría mujeres.

En cuanto a la explotación sexual infantil, el Estado no ha asumido su rol protector, lo cual

18 Fuente: Escala 2005-2011, MINEDU.

19 Fuente: Escala 2005-2011, MINEDU.

20 Estado Mundial de la Infancia en cifras – EMI 2014 “Todos los niños y niñas cuentan”

21 Al 2012 la ENAH midió la PEA entre 14 y 24 años.

se expresa en los escasos y limitados servicios de prevención, atención, protección y reinserción de las víctimas. La normativa, si bien ha evolucionado, no permite una adecuada implementación de la asistencia y protección de las víctimas de explotación sexual (menores de edad) y de la penalización de la demanda. Asimismo, no se puede estimar la magnitud de esta problemática porque no existe un sistema de registro único en manos de un solo sector público, con lo cual se invisibiliza y posterga su atención. Los operadores no identifican ni registran a las víctimas, desconocen el problema o lo confunden con otras situaciones.

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DE MENORES DE EDAD Y LAS MEDIDAS DE SANCIÓN QUE LIMITAN SU LIBERTAD

La principal preocupación en el tema de administración de justicia para adolescentes en conflicto con la ley penal se refiere a la eficacia en la utilización de medidas privativas de libertad²². Sería necesaria la creación de tribunales especializados para adolescentes en todo el país, un sistema funcional de medidas socio-educativas y de remisiones fiscales que permitan recurrir a la privación de libertad solo como último recurso y por períodos breves, y mejoramiento de las condiciones de detención. Por otro lado se identifica una inadecuada intervención policial con adolescentes y la carencia de una defensa pública efectiva que garantice el respeto a sus derechos en las distintas etapas del proceso fiscal y judicial, lo cual genera altos riesgos de maltrato, abuso y corrupción. Del mismo modo, son preocupantes las iniciativas de ley para rebajar la edad penal genérica y dar tratamiento penal de adultos en casos de infracciones graves.

22 Según el Informe Defensorial N° 157 "Sistema Penal Juvenil" de la Defensoría del Pueblo (2012), la proporción de adolescentes en conflicto con la ley penal en medio cerrado en mayo del 2012 era de 64.49%, contra 35.51% en medio abierto, agravando las condiciones de los centros de detención, y a la vez representando un costo alto para la sociedad y el Estado. Sin embargo, es importante destacar los últimos avances del Estado peruano, con la elaboración en el 2013 del Plan Nacional de Prevención y Tratamiento del Adolescente en Conflicto con la Ley Penal (PNAPTA 2013-2018), y su posterior aprobación por decreto supremo en diciembre del 2013, con su implementación en 4 regiones del país a partir del 2014.

ALISTAMIENTO ILEGAL Y RECLUTAMIENTO FORZOSO POR PARTE DE GRUPOS ARMADOS

Si bien en el Perú la violencia de origen político ha disminuido, aún subsisten remanentes de Sendero Luminoso que reclutan niños, niñas y adolescentes en la zona del VRAEM (Valle de los Ríos Apurímac-Ene-Mantaro) para adoctrinarlos y utilizarlos como soldados. Algunos, además de ser reclutados forzosamente, sufren abuso sexual. Hace algunos años, todavía se informaba de adolescentes reclutados por las Fuerzas Armadas.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR EL NARCOTRÁFICO

El 90% de los niños, niñas y adolescentes que viven en las zonas cocaleras están dedicados al sembrío de la coca; generalmente ayudando a sus padres en condiciones deplorables. Asimismo, en la etapa de elaboración de las drogas a base de la hoja de coca se emplea a los más pequeños como "pisadores" para la extracción de las sustancias. En algunos casos también procesan y transportan drogas (en condición de mochileros o porteadores).

Quienes participan en estas acciones normalmente tienen bajo rendimiento en la escuela y finalmente la abandonan.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (SNAINNA)

Desde la emisión del último informe a las Naciones Unidas en el año 2006 a la fecha se han producido avances de implementación del SNAINNA a cargo de las acciones para la protección y la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, que tiene al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables como ente.

En la actualidad, las políticas, los programas, los planes nacionales y funciones del SNAINA están desarticulados bajo la dirección de diversos ministerios. El MIMPV, es reconocido por los sectores por sus programas de asistencia, antes que como ente rector. Por otro lado, se ha avanzado poco en la descentralización y articulación del SNAINNA, pues su diseño original no prevé el funcionamiento a escala nacional y, tampoco posee recursos financieros ni humanos para operar en las regiones, provincias y distritos. Por su parte el código define muy brevemente el desarrollo del sistema y no lo ubica como parte de este en los diversos sectores del Estado.

Por otro lado se mantiene el enfoque de necesidades y de atención a víctimas y población vulnerable de parte de los diversos operadores del Estado, y en la sociedad civil los enfoques son variados y contradictorios.

RESPECTO DE LA OPINIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En el país aún no existe un marco conceptual claro sobre la participación de los niños, niñas y adolescentes con voz propia. Si bien el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021, declara su participación de niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas, no existen definidas claramente orientaciones para construir programas y proyectos a través de los cuales las autoridades pudiesen promover su participación efectiva desde las familias, las escuelas y los espacios públicos.

Las instancias de participación promovidas por el Estado como los CCONNA (Consejo Consultivo de Niños y Adolescentes), CONEI (Consejo Educativo Institucional) y Municipios escolares están en proceso de consolidar su presencia nacional. Debido a que gran parte de los adultos tienen una mirada paternalista de la niñez, y a que a las autoridades aún les cuesta reconocer capacidades y potencialidades en las niñas, niños y adolescentes.

INTERROGANTES QUE LA SOCIEDAD CIVIL PLANTEA AL ESTADO EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

- ¿Qué es lo que se está haciendo para garantizar la implementación del artículo 4to. de la Convención referido a destinar el máximo de recursos disponibles para dar efectividad a los derechos de las niñas y niños.
- ¿Qué políticas ha diseñado el Estado para que se apliquen, sin cortapisas, las leyes vigentes de no discriminación y el pleno cumplimiento del artículo 2 de la Convención?
- ¿Qué camino se ha tomado para lograr la promulgación y el estricto cumplimiento de la ley de prohibición explícita de todas las formas de castigo corporal contra los niños en todos los ámbitos, particularmente en el hogar?
- ¿Qué planes tiene el Estado y cómo se están ejecutando, para poder garantizar la integración plena de las niñas y niños con discapacidad al sistema educativo ordinario, y su participación en actividades sociales, culturales y deportivas?
- ¿Qué se está haciendo para garantizar las inmunizaciones de las niñas, niños y adolescentes?
- ¿Qué medidas se han tomado para consolidar los sistemas de recolección, análisis y difusión de indicadores sobre la situación de la niñez y la adolescencia y elaborar un sistema nacional integrado de información?
- ¿Qué se está haciendo y que se piensa hacer para la prevención del suicidio infantil y adolescente, y cómo se fortalece el eje de salud mental en las políticas públicas?