

Prácticas y estrategias para la protección infantil en Colombia (1960-1990) ¹

Sandra Milena Laiton Rozo ²
Óscar Leonardo Cárdenas Forero ³

Recibido: 22-01-2014 Aprobado: 11-04-2014

Quaestiones Disputatae | Tunja - Colombia | N° 14 | pp. 15 - 32 | Enero - Junio | 2014

Resumen: Este ensayo de reflexión intenta describir las condiciones históricas que hicieron posible la emergencia de la protección infantil en Colombia y la intervención del estado de indefensión de los niños; favoreciendo la materialización de una serie de prácticas médicas y terapéuticas que se orientaron hacia la salud infantil, pero que funcionaron como políticas de gobierno y regulación sobre los malestares provocados por el abandono de los niños (delincuencia, vagancia y mendicidad, etc.). La introducción de este proceso de medicalización intervino los problemas de salud e higiene infantil para evitar que se convirtieran en un riesgo para el Estado y la población; siendo gestionados por el despliegue y la creación de políticas, normas,

instituciones, discursos y tecnologías que constituyeron nuevos modos de comprender a la niñez. Justamente, su emergencia provocó que el status de los niños visibilizara una subjetividad infantil vulnerada, enferma y sin amparo que hasta el momento no había sido reconocida. Para ello, el trabajo se enmarcó en la perspectiva de la gubernamentalidad de Michel Foucault con la que se observa cómo diversas prácticas singulares operaron conjuntamente e introdujeron un proceso de medicalización sobre el cuerpo de los niños que apoyó la consolidación de la protección infantil en Colombia. **Palabras claves:** Infancia, protección infantil, gobierno de la infancia, prácticas y estrategias de protección.

¹ Artículo de reflexión. Surge como una vertiente constituida del proyecto de investigación "La Protección Infantil en Colombia, una Apuesta por el Cuidado de los Niños (1960-1990)" UPN - CINDE -2013; que se ha venido constituyendo en una manera distinta de explorar el problema de la protección infantil en Colombia.

² Magister en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional. Licenciada en Idiomas (inglés y Español) de la Universidad Antonio Nariño. Docente del Colegio Entre Nubes S. O. Correo electrónico: samilaro@hotmail.com y radsanontila@hotmail.com

³ Magister en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional. Especialista en Gerencia de Instituciones Educativas de la Universidad del Tolima y Licenciado en Ciencias Sociales de la Universidad Distrital. Docente del Colegio Entre Nubes S. O. Correo electrónico: osle1972@gmail.com

Practices and strategies for child protection in Colombia (1960-1990)¹

Sandra Milena Laiton Rozo²
Óscar Leonardo Cárdenas Forero³

Received: 22-01-2014 Approved: 11-04-2014

Quaestiones Disputatae | Tunja - Colombia | N° 14 | pp. 15 - 32 | January - June | 2014

Abstract: This reflection essay aims to describe the historical conditions that allowed the emergence of child protection in Colombia and the intervention of the state in the defencelessness of children; favouring the materialisation of a series of medical and therapeutic practices which are directed towards child health, but which functioned as government policies and regulation of the troubles caused by the abandonment of children (delinquency, vagrancy, poverty etc.) The introduction of this process of medicalisation intervened in the child health and hygiene problems in order to avoid turning it into a risk for the state and the population; being managed by the deployment

and the creation of policies, norms, institutions, discussions and technologies that established new ways of understanding childhood. Precisely, its emergence highlighted the subjectivity of the status of children as that of vulnerable children, sick and without protection, which until this moment had not been recognised. To that end, the study was placed within the framework of the governmentality of Michel Foucault, with which it observes how various singular practices operated together and introduced a process of medicalisation upon the bodies of children that helped the strengthening of child protection in Colombia.

Keywords: Infancy, child protection, government of childhood, protection practices and strategies.

1 This reflection paper arose from the research project "Child Protection in Colombia, an investment in the care of children (1960-1990)" UPN - CINDE -2013; which has incorporated a distinct method of exploring the problem of child protection in Colombia.

2 Master's Degree in Education and Social Development at the National Pedagogic University. Bachelor's Degree in Languages (English and Spanish) from the Antonio Nariño University. Teacher at Entre Nubes S.O. School. Email: samilaro@hotmail.com y radсанontila@hotmail.com

3 Master's Degree in Education and Social Development at the National Pedagogic University. Specialisation in Management of Educational Institutions from the University of Tolima and Bachelor's Degree in Social Sciences from the Universidad Distrital. Teacher at Entre Nubes S.O. School. Email: osle1972@gmail.com

Pratiques y stratégies pour la protection infantile en Colombie (1960-1990)¹

Sandra Milena Laiton Rozo²
Óscar Leonardo Cárdenas Forero³

Reçu: 22-01-2014 Approuvé: 11-04-2014

Quaestiones Disputatae | Tunja - Colombia | N° 14 | pp. 15 - 32 | Janvier-Juin | 2014

Résumé: Cet essai de réflexion essaie de décrire les conditions historiques qui ont fait possible une aide d'urgence à la protection infantile en Colombie et l'intervention de l'état dû au manque de défense des enfants; favorisant ainsi la réalisation des pratiques médicales et thérapeutiques qui ont été orientées vers la santé des enfants, mais qui ont fonctionnées comme des politiques du gouvernement et régulation sur les malaises provoqués par l'abandon des enfants (délinquance, vagabondage et mendicité, etc.). L'introduction de ce processus de médicalisation a intervenu les problèmes de santé et hygiène infantile pour éviter qu'ils deviennent en risque pour l'État et la population ; étant destinés par le déploiement et la création des politiques, normes, institutions, discours et technologies qui feront des nouveaux

modèles pour comprendre les enfants. C'est ainsi que son aide a provoqué que le statu des enfants vise une subjectivité infantile violée, malade et sans couverture que jusqu'au moment n'avait pas été reconue. C'est pour cela, que le travail a été encadré dans la perspective du gouvernement de Michel Foucault dans laquelle on observe comment les diverses pratiques singuliers ont travaillé ensemble et ont introduit le processus de médicalisation sur le corps des enfants lequel a aidé à la protection infantile en Colombie.

Mots clefs: Infance, protection infantile, gouvernement de l'infance, pratiques et stratégies de protection.

- 1 *L'article de réflexion a surgit comme une volet constituée du projet de recherche " La protection infantile en Colombie, visant le soin des Enfants (1960-1990)" UPN- CINDE-2013; qui a constitué une manière de différente d'explorer le problème de la protection infantile en Colombie.*
- 2 *Maîtrise en Développement éducatif et social de l'Université Pedagógica Nacional. Licence en Langues (anglais y espagnol) de la Université Antonio Nariño. Enseignant au collège Entre Nubes S.*

O. Courrier électronique: samilaro@hotmail.com y radsanontila@hotmail.com

- 3 *Maîtrise en Développement éducatif et social de l'Université Pedagógica Nacional. Spécialiste en Geestion d'institutions éducatives de l'Universit del Tolima y diplômé en Sciences Sociales de l' Université Distrital. Enseignant du collège Entre Nubes S. O. Courrier electronique: osle1972@gmail.com*

Preludio

Uno de los conceptos que ha sido empleado con bastante frecuencia en los trabajos de Michel Foucault, y adoptado por muchos investigadores sociales, ha sido el de medicalización para referirse al «conjunto de procesos por los cuales las sociedades occidentales modernas de los últimos siglos han integrado como objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes de la medicina, prácticas sociales, objetos y cuestiones que con anterioridad no eran remitidas al terreno de lo médico, ni problematizadas en relación con cuestiones de la salud y más específicamente de la salud pública» (Germain, 2007, p. 6). Más aún, se señaló que «esos objetos no son necesaria ni solamente el cuerpo y las enfermedades. Pueden ser también las cosas, las conductas, la población, los hábitats, los elementos del ambiente, las rutas, los animales domésticos y salvajes, los hábitos cotidianos, el trabajo, el vestido, y todo lo que de alguna manera involucre técnicas que intervengan la vida y la muerte humanas» (Márquez, 2010, p. 47). Justamente, con la introducción de estos procesos de medicalización se pretendió, no solamente regular la salud y la higiene de los niños en condición de desamparo⁴ sino controlar aquellos malestares provocados por la situación de abandono en la que se encontraban.

Dichos procesos de medicalización se tradujeron en la incorporación de estrategias y políticas tendientes a la creación de programas de salud, alimentación e higiene y a la producción de ciertas condiciones de mejoramiento de la vida de los niños. De este modo, muchas enfermedades y conductas que antes no eran objeto de estudio de las ciencias médicas comenzaron a transfigurarse en sus campos de análisis y a adquirir un status epistemológico. La salud de los niños desamparados entonces, se transformó en uno de los centros de interés y preocupación de la vida social. De hecho, la medicina adoptó la forma de una ciencia

de gobierno en la medida en que determinó los modos como se debían enfrentar las enfermedades, epidemias y malestares en general de la salud. Con ello, la medicina intervino en los asuntos de la vida de los niños, se preocupó menos por las enfermedades y su tratamiento, para abandonar su carácter asistencialista y centrarse en la salud en general de los niños en condición de abandono, transformándose este campo en un objeto de intervención de la medicina.

Con base en estos planteamientos se adelantó una exploración histórica que rastreó, entre las décadas del 60 y del 90 en Colombia, la instauración de un conjunto de prácticas híbridas que, articuladas a un dispositivo de seguridad, impulsaron la protección y normalización de la infancia, a fin de evitar que su condición de descuido y los malestares provocados por dicha situación colocaran en riesgo al Estado o a la población en general.

Para lo cual, se introdujo, entre otras estrategias, un conjunto de discursos médicos y prácticas medicalizantes, comprendidas como una serie de procesos, medidas y acciones singulares, por las cuales «los “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desordenes”» (Corand, (2007). Citado por Cannellotto & Luchtenberg, 2008, párr. 3), que impulsaron el reconocimiento de la importancia de salvaguardar a la niñez de los problemas de salud y de nutrición. Y con las cuales se buscó, además, no sólo incursionar la necesidad de proteger a los niños sino colocar en «un intervalo aceptable, que no suponga una amenaza para la estabilidad» (Castro, 2010, p. 68) la condición de abandono de la infancia, por lo que se hizo fundamental «trazar un cordón sanitario» (Castro Orellana, 2004, p. 275) para prevenir la aparición de las enfermedades infantiles antes que reaccionar ante su emergencia.

4 «La higiene adquiere la connotación de problema público asociado a las epidemias, la morbilidad, la duración media de la vida y la mortalidad. Se valora la puesta en práctica de un régimen de salud de la población que consolide un estado de higiene colectiva en el que tales problemas desaparezcan» (Castro Orellana, 2004, p. 276).² Hay más de un liberalismo pero en este artículo se hace alusión al liberalismo político que va de John Locke a John Rawls pasando por Emanuel Kant y John Stuart Mill. Dicho liberalismo defiende la separación entre Estado e Iglesia tanto como entre Estado y moralidades en sentido fuerte; que sacraliza al individuo que escoge valores y no los valores que acoge, y que defiende al sujeto de derechos y no al sujeto comprometido con ciertos valores o perteneciente a ciertos colectivos.

Por lo que se alcanzó a denotar entonces, la medicina pediátrica preventiva adquirió un gran auge, convirtiendo a muchas ciudades en espacios medicalizados para evitar la propagación de enfermedades, especialmente las de los niños. De este modo, la época procuró gestionar y administrar los riesgos que se pudiesen generar alrededor de los niños, los asuntos de la salud, la satisfacción de las necesidades básicas, en fin, el control de los procesos biológicos, pues se consideró que su preservación y regulación eran garantía de la conservación de la vida humana, pero además, condición de la constitución temprana de unos agentes productivos «sanos y aptos para el trabajo útil» necesarios para el fortalecimiento económico de la nación colombiana.⁵

El Descuido de la Infancia.

A finales de 1950, Colombia enfrentó una serie de problemáticas (mendicidad, desamparo, delincuencia, maltrato y vagancia infantil), relacionadas con el estado de abandono que afrontaba cierto sector de la infancia y que impulsaron la formulación de tecnologías para intervenirlas y evitar que se generalizaran y se convirtieran en un riesgo para la población y el Estado. Estas problemáticas dieron inicio a una sucesión de procesos de medicalización y campañas institucionales, sociales, higienizantes, médicas, de salubridad e inmunización, legales y jurídicas a nivel nacional que tuvieron como finalidad «gobernar» los problemas de salubridad y la conducta de la infancia que por aquel entonces se había visto expuesta a las inclemencias del medio, a su libre albedrío, a su desmedida libertad, y por supuesto, a su descuido; efecto entre otras cosas, del desplazamiento forzoso que sufrieron las familias del campo a la ciudad, del vandalismo, del hambre, la miseria, la pobreza, la falta de recursos económicos, sociales y urbanos, de oportunidades educativas, pero también, del ingreso posterior de la mujer al mercado laboral, de la paternidad irresponsable, que en última instancia, condujeron a la constitución de una infancia que adoptó una condición de peligrosidad para el bienestar social y del Estado, en la medida en que el número de niños “(...) que polulan en las calles crece todos los

días en forma aterradora. Los salones de cine, los supermercados, los restaurantes de lujo, se ven asediados por multitud de niños o niñas en demanda de los “cinco centavitos tradicionales” (Calibán. (1958, 16 de enero). Danza de las horas. El Tiempo, p.4).

Aunado a ello, el descuido por la infancia hizo visible la preocupación por la «desventura» de los niños que se materializó en la expresión de afirmaciones en las que se enunció que «ha habido siempre una proporción grande de niñez abandonada. En los últimos treinta años, con el crecimiento urbano y la industrialización, como en todas partes, ha aumentado el problema» (La Violencia Originó otra Forma de Abandono de Nuestra Infancia. (1959, 23 de noviembre). El Tiempo, p. 14), obligando a desplegar un halo de seguridad sobre la niñez sin amparo reconociendo que «debemos, pues, rodear al hogar y al niño, especialmente, de todas las garantías para que pueda gozar de un ambiente que favorezca sus impulsos hacia la educación y hacia el trabajo» (La Violencia Originó otra Forma de Abandono de Nuestra Infancia (1959, 23 de noviembre). El Tiempo, p. 14).

Así mismo, para los años 60 se señaló que las acciones para dar solución a los problemas que se presentaban alrededor de la infancia debían orientarse hacia la «Higiene y educación» (La Niñez Abandonada. (1960, 22 de agosto). El Tiempo, p. 4). No obstante, con ellos y con las campañas que se favorecieron para su consecución, se veía en Colombia que el problema de los niños abandonados no tenía solución, razón por la cual aparecieron discursos que señalaron que «todo lo que se ha hecho hasta ahora en favor de la infancia ha sido una labor tesonera y silenciosa. (...) pero en realidad, la tarea es tan dilatada, que apenas hemos intentado afrontarla en sus mismas raíces» (La Niñez Abandonada. (1960, 22 de agosto). El Tiempo, p. 4).

De hecho, más adelante se sostuvo que había más de un millón de niños abandonados que demandaban recursos, atención y cuidados especiales de las familias, el gobierno y la sociedad. Según esto, los niños se hallaban por aquel entonces “pudriéndose

5 «De este modo, se intentó asegurar un control de la salud y del cuerpo de los pobres, cuya verdadera finalidad última era convertir estas masas de población en una fuerza de trabajo más apta y duradera y en una fuerza política inocua y sin riesgo para la burguesía» (Castro Orellana, 2004, p. 279).

en las calles” (Gómez, L. (1980, 6 de febrero). Dice el ICBF: Un millón de niños abandonados. El Tiempo, p. última A), justamente, «ese número de niños se encuentran abandonados de sus padres y carecen de vivienda, escuela, asistencia médica y tienen alto grado de desnutrición». (Gómez, L. (1980, 6 de febrero). Dice el ICBF: Un millón de niños abandonados. El Tiempo, p. última A).

Así las cosas, y adicional a esto, empezó a evidenciarse la presencia de ciertos factores epidemiológicos que afectaron de una u otra forma a los niños de Colombia, con lo que se hizo necesario medicalizarlos, en particular, a aquel sector de la infancia en estado de indefensión, niños de la calle y desamparados, convirtiendo a la salud en un imperativo de la época. Así entonces:

Al problema “de los niños” (es decir, del número de nacimientos y de la relación entre natalidad-mortalidad) se añade el de “la infancia” (es decir, la supervivencia hasta la edad adulta, las condiciones físicas y económicas de esta supervivencia, las inversiones necesarias y suficientes para que el período de desarrollo sea útil, en definitiva, la organización de esta “fase” que es percibida a la vez como específica y dotada de finalidad). No se trata solamente de producir un número óptimo de niños sino también de gestionar convenientemente esta edad de la vida (Foucault, 1991, p. 96).

Para ello, se fue introduciendo una serie de prácticas de control y de seguridad sobre los niños que medicalizaron la sociedad y los espacios urbanos, a fin de beneficiarlos y protegerlos de los desmanes a los que habían sido orillados por cuestiones sociales, económicas, de pobreza, miseria, educación, entre otras. En consecuencia, fue prioritaria la creación de un ambiente “(milieu)” en el que los niños se sintieran salvaguardados, a fin de «fabricar en las mejores condiciones posibles un ser humano capaz de alcanzar el estado de madurez» (Foucault, 1991, p. 97), en un ambiente dotado de condiciones educativas, de salubridad, vivienda y nutrición que garantizara su bienestar, un crecimiento óptimo y una vida mejor a

la acontecida, «se trata de la aparición de la salud y del bienestar físico, de la salud en general como uno de los objetivos esenciales del poder político» (Foucault, 1991, p. 93).

La Epidemiología en los Niños: Una apuesta por intervenir el abandono infantil.

A finales de los años 50 y durante los años 60 ocuparse de la salud infantil y su bienestar se hizo fundamental como condición de preservación humana y conservación de un cuerpo humano sano y libre de enfermedades, ya que se notó el incremento de:

(...) niños desharapados, enfermos de mugre, con carita de ratones salidos de las más mohosa de las cuevas, unas veces exhibiendo indecorosamente unas costillas peladas a la pampa, comiendo inmundos sobrados que el “can más can” desprecia, fumando colillas que se encuentran en el suelo y muchas veces hasta marihuana. (Rodríguez, L. M. (1962, 28 de agosto). El Correo de El Tiempo: Tres Oprobios Nacionales. El Tiempo, p. 4)

Justamente, este interés de la época por la salud de los niños dejó entrever de una parte, la necesidad de asistirlos médicamente, en especial, a los niños pobres para protegerlos de los riesgos relativos a las enfermedades, epidemias o la malnutrición. Y de otra, el grado de desamparo en el que se sumió gran parte de la población infantil, un «grupo en riesgo» que debió enfrentar el incremento masivo de las epidemias, que para entonces, se constituyó en un «drama social» que provocó un alto grado de mortalidad infantil, que debía intervenir para evitar su expansión y transformación en peligro social, tal como lo muestra el siguiente cuadro de la época:

Niños enfermos⁶, niños sin hogar y con hambre, niños analfabetos que van creciendo en el desamparo y se van formando en un medio de miseria para convertirse en los futuros ladrones, atracadores y criminales. (...) la defensa del niño, del ciudadano del futuro merece fundamental atención del Estado. (La Niñez Abandonada, el Máximo Problema. (1963, 15 de octubre). El Tiempo, p. 16)

6 El resaltado es nuestro

Del mismo modo, fue necesario en aquel momento, colocar en un intervalo de control dicha situación, es decir, en un medio que no afectara el bienestar social, para prevenir cualquier mal. Así pues, la vida infantil se medicalizó e inmunizó para salvaguardarla de muchos de los males existentes y evitar que la infancia misma se convirtiera en un riesgo social debido a su descuido, con lo cual se posibilitó la introducción de una serie de prácticas médicas que articuladas a un dispositivo de seguridad⁷ tuvieron como finalidad impedir que los niños de Colombia fuesen un problema social generalizado; para lo cual fue fundamental calcular probabilidades de riesgo a fin de intervenirlas. Este dispositivo funcionó en términos de la «protección infantil» y se movilizó bajo el eje de «riesgo-población (regulación)» (Castro, 2010, p. 80)⁸, con el que también se buscó extender las estrategias de gobierno sobre la infancia y la población civil, pero además, garantizar un mejor futuro para la humanidad en la medida en que se cuidaba a los niños, su desarrollo y su crecimiento.

De esa manera, se evidenció que la condición de desamparo infantil provocó en la nación, no sólo el reconocimiento del niño de una forma distinta sino que además favoreció la emergencia de una serie de estrategias de prevención y espacios de cuidado y seguridad cuyo objetivo se enfocó a auxiliar su desarrollo y acopio social, en especial de aquellos menores en situación de pobreza, miseria y desatención, para lo cual se recurrió a la inserción de procesos de medicalización, con lo que se buscó en última instancia:

(...) una asistencia fiscalizada, (...) una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. (Foucault, 2008, p. 66).

7 Un dispositivo de seguridad es «un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, posiciones filosóficas, morales, filantrópicas» (Foucault, 1991, p. 128), que calcula riesgos, probabilidades y gestionan aquellas condiciones que posiblemente afecten a una población para colocarlas en un intervalo de gobierno. trucción del sujeto moral, puesto que siempre hay un margen de maniobrabilidad que no está dominado por las instituciones hegemónicas. Ver más en: Durkheim, Emile (2002). *La educación moral, La educación moral, Madrid, p 197.*

8 Ahora bien, es necesario resaltar que no sólo en la época se propugnó por el funcionamiento de un dispositivo de seguridad sobre los niños abandonados sino que hubo argumentos que dejaron entrever la apuesta por acciones disciplinarias sobre esta situación de desamparo, como por ejemplo se relató entonces «(...) Guante de Seda, o Mano de Hierro. Un reformatorio-hogar donde se les enseñe a trabajar, con granjas donde cultiven la tierra, pues en Colombia faltan manos laboriosas que impulsen la agricultura. Donde se les saque de su ignorancia y a la vez se les castigue sus malos instintos, a fin de enderezarlos y llevarlos por el buen camino». (Rodríguez, L. M. (1962, 28 de agosto). *El Correo de El Tiempo: Tres Oprobios Nacionales. El Tiempo, p. 4).* Además de por qué «no se [los] retira de las calles (...) se les encierra o se les lleva a colonias, lejos de la ciudad, donde no se les vea y no ofrezcan el misero espectáculo de su suciedad y abandono» (Camacho C, P. (1962, 13 de octubre). *La Vagancia Infantil. El Tiempo, p. 4)* no en el Estado.

Por consiguiente, de ese interés de la época por regular a los niños emergió un conjunto de prácticas singulares para gobernar a la infancia en estado de indefensión, población afectada por los problemas de salud e higiene, de escasez de oportunidades educativas y carencias nutricionales, que develó que en Colombia la mortalidad infantil era asunto dramático a nivel social y cultural que se difundía rápidamente como se enunció entonces, y sobre el que se debía tomar decisiones, en particular, los padres de familia y el Estado, quienes por ignorancia y falta de educación en la materia no trataban como era debido a los menores que se hallaban desvalidos, desnutridos, enfermos o en situación «especial».

Por tanto, durante este periodo se evidenció la agudización de la mortalidad infantil a causa de la emergencia de enfermedades como la gastroenteritis, enfermedad que condujo a la muerte a un centenar de niños, pero además, la necesidad de introducir una política de salud y de gestión de los problemas médicos infantiles. Así las cosas, la salud, la higiene y las enfermedades de los niños comenzaron a ser problematizadas, a adoptar un cuerpo teórico y a transfigurarse en objeto de análisis de la medicina, pero además, a convertirse en instancias de control social, en la medida en que orientaron y enseñaron a los padres de familia, a través de los médicos y los centros de higiene, las pautas y reglas de salubridad y nutrición para garantizar el bienestar de los niños.

Del mismo modo, para ese mismo instante se manifestó que «la desnutrición y la muerte sobrevienen por falta de pan; los hogares en que estos niños se levantan están cargados de virus e infecciones de que son víctimas por su debilidad» (Cómo tratan a los niños tuberculosos en Bogotá. (1961, 16 de abril). *El Tiempo*, p. 15). Con ello se pudo establecer, la necesidad de una política de seguridad alimentaria para los niños, pero también, la importancia de formular estrategias de salubridad para enfrentar aquellos problemas de la infancia que se relacionaban, con aquellas enfermedades que se empezaron a enunciar y especificar como propias del estado de abandono de la infancia, los cuales asumieron el modo de des-

órdenes mentales o físicos de los niños, como fue el caso de la:

(...) a) *Epilepsia (fuga inconsciente)*. b) *Deficiencia mental, por taras hereditarias o congénitas; oligofrenia, alcoholismo, sífilis, etc.* c) *Esquizofrenia (vagancia paranoica)*. d) *Encefalitis y trauma craneano (por lesión cerebral)*. e) *Pánico (por amenaza o castigo)*. f) *Imaginación (por deseo de aventura)*. g) *Imitación*. h) *Influencias del medio ambiente: hogares ilegítimos, y deshechos; trato brutal de los padres, abuelos, padrastros, madrastras, familiares y maestros; abandono temporal o definitivo de uno o ambos padres; exigencias excesivas para la edad y capacidades del niño; lanzamiento del hogar por los mismos padres; padres psiconeuroticos, viciosos y prostitutas.* (Camacho C, P. P. (1962, 13 de octubre). *La Vagancia Infantil*. *El Tiempo*, p. 4)

Unido a esto, para 1962 apareció publicado en el periódico *El Tiempo*, por parte del doctor Camacho Caicedo aquellos «problemas de conducta» que inquietaban en la época a la infancia, entre los que se destacaron:

Anorexia o rechazo de los alimentos, Sobrealimentación u obesidad. Aerofagia o ingestión excesiva de gases. Apetito pervertido, o ingestión de sustancias no alimenticias. Insomnio, sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos. Enuresis o incontinencia de orina en los niños mayores de tres años. Encopresis o incontinencia de materiales fecales en los niños mayores de tres años. Tics, o gestos y muecas. Manipulaciones o hábitos como chuparse los dedos, roerse las uñas, hurgarse las narices, etc. Tardanza en hablar; mutismo o capricho de no hablar; tartamudez, pronunciación infantil en niños mayorcitos. Temores exagerados (fobias), rebeldía, agresividad, timidez, cobardía, desafecto, odio, celos, excitación, depresión, aislamiento, tristeza, ansiedad. Ilusiones y alucinaciones. Onanismo, fetichismo, homosexualismo, prostitución y otras perversiones sexuales. Desaplicación, des-

9 Como ocurrió en el municipio de Heliconia, departamento de Antioquia, en donde según se dijo, «setenta y tres niños han muerto y otros cuatrocientos se encuentran amenazados a consecuencia de la terrible epidemia de gastroenteritis que azota la población infantil. (...) la gastroenteritis en sí, como infección, no es necesariamente mortal, pero los niños de Heliconia, en su mayoría desnutridos, ofrecieron un campo abonado». (García. (1960, 7 de julio). *73 Niños Mueren en Heliconia a Causa de la Gastroenteritis*. *El Tiempo*, p. 6)

obediencia y delincuencia (mentira, robo, incendio, crueldad, vicios). Vagancia por fuga del hogar o de la escuela (Camacho Caicedo, P. (1962, 16 de agosto). Protección Infantil. El Tiempo, p. 4).

Es más, en cuanto a los aspectos relacionados con la salud de la infancia, con la mortalidad infantil, desnutrición y la propagación de enfermedades infecto-contagiosas se evidenció que:

(...) jamás se llegó a pensar que la niñez urbana y campesina, estuviese tan desamparada. Y al efecto, las cifras son alarmantes (...) que (...) en los primeros años de edad la mortalidad en Colombia equivale a un 52 por ciento. En el solo año de 1960 murieron en edad de uno a tres años, treinta y cinco mil niños y en total cien mil. Es decir, 294 niños por día. Vale expresar que mueren más niños por causa de la desnutrición que por la violencia misma. Y ello está indicando un índice alarmante de despreocupación del Estado y de las capas dirigentes de la sociedad. (Montoya M, F. (1963, 27 de mayo). Problemas de la Infancia. El Tiempo, p. 5)

Como complemento de ello, para los años 70 Colombia enfrentó la muerte de por lo menos 250 menores a causa de la desnutrición señalando así que «este índice de mortalidad es 13 veces mayor que el de los países desarrollados» (Abreu, J. C. (1970, 10 de febrero). Mueren 250 Niños al Día en el País. El Tiempo, p. 12), ya que en Colombia «la proporción es de 50,3 por ciento, o sea de 90.000 niños al año» (Abreu, J. C. (1970, 10 de febrero). Mueren 250 Niños al Día en el País. El Tiempo, p. 12). Como se observa, la preocupación y gestión de los asuntos biológicos de la población infantil se convirtieron en las prioridades de la época.

Frente a este aspecto, se obtuvo entonces que en la sociedad colombiana los niños eran no solo afectados por la desnutrición sino también por otro tipo de enfermedades entre las que se nombró el sarampión. De acuerdo con ello, «el índice de mortalidad debida al sarampión es de (...) 10 por millar en Colombia. Los niños que sobreviven a esta enfermedad quedan retrasados en su desarrollo físico y mental» (Abreu, J. C. (1970, 10 de febrero). Mueren 250 Niños al Día en el País. El Tiempo, p. 12).

Sin embargo, durante la época se observó que el

problema en sí mismo no era la mala nutrición ni el hambre sino que éste era reflejo de la mentalidad del pueblo y de la «ignorancia» de la gente que unido a la falta de recursos e instituciones de salubridad y a la escasa capacitación del personal médico, etc. agrandaban los efectos que se suscitaban ante tal fenómeno. Muestra de ello, lo reflejó en su momento el siguiente aparte:

(...) si no se tratase más que de hambre, de desnutrición, el problema sería relativamente sencillo, pero de lo que se trata es de todo un proceso de cambio de mentalidad, de costumbres y de acabar con la ignorancia. (...) Pero el problema no es únicamente alimentario. Hay falta de personal capacitado, de nutricionistas, (...) Faltan también instalaciones. (Abreu, J. C. (1970, 10 de febrero). Mueren 250 Niños al Día en el País. El Tiempo, p. 12)

A pesar de estos enunciados, se señaló que el país era una «nación que sufre de hambre. Así había sido siempre, pero no teníamos la información exacta del problema» (La Desnutrición en Colombia. (1970, 11 de febrero). El Tiempo, p. 4). En contraste con ello, para finales de los años 70, en un informe nacional, el gobierno estipuló otra cifra que señaló el incremento de las muertes infantiles por desnutrición debido a factores de orden familiar, social, económico, psicológico, etc., tal como lo demostró el siguiente fragmento:

De los 110.000 menores de cinco años que mueren por desnutrición cada año, 22.000 fallecen a causa de la diarrea. (...) 77 mil niños menores de un año están enfermos. El origen de estos problemas puede ubicarse en (...) falta de información adecuada del equipo de salud a la madre, separación de la madre y el niño al nacer, iniciación tardía de la lactancia, introducción temprana de otros alimentos. (...) migración rural e interurbana, medidas laborales contra lactancia, falta de guarderías cercanas al sitio de trabajo, promoción comercial de productos infantiles, regalos de leche maternizadas, prácticas comerciales inconvenientes, creencias y perjuicios. (...) falta de confianza de la madre en su capacidad para lactar y en la suficiencia de leche. Tensión, fatiga, agotamiento, nervios e inestabilidad emotiva. (...) aumento de la porción del gasto familiar en alimentos infantiles

en detrimento de la canasta familiar, impacto en la economía nacional. (...) empobrecimiento de la relación madre-hijo, costo de oportunidad en el desarrollo emotivo y sicomotor del niño, menor confianza de la madre en su capacidad de lactar, lo cual se convierte en un círculo vicioso. (Por desnutrición: 110 niños mueren cada año. (1979, 2 de marzo). El Tiempo, última D).

No obstante, como resultado de esto, fue emergiendo la necesidad de «gestionar mediante el cálculo de probabilidades» la protección de una niñez abandonada y enfrentada a problemas de salud. Paralelamente a ello, para los años 80 dentro de los fenómenos que incrementaron la mortalidad infantil apareció la poliomielitis, que aunada a los ya mencionados, y a una serie de afecciones de orden mental, físico y de aprendizaje, etc., empezaron a generar complicaciones dentro de la población colombiana ya que los padres no tenían el conocimiento y los recursos para tratar a los menores, lo que los obligó a exiliarlos, internarlos tempranamente en la escuela y a recluirllos en «instituciones de protección» o en los mismos hogares por vergüenza. Dentro de estas afecciones, se encontró que los niños fueron clasificados dentro de unos órdenes neuropsicológicos y físicos así:

(...) niños lentos de aprendizaje, son aquellos que presentan las mismas características de los niños normales y, únicamente se diferencian en que su ritmo de aprendizaje es lento y elaborado. (...) Niños fronterizos, son niños que en su desarrollo no presentan características especiales, pasan desapercibidos tanto por el grupo familiar como el escolar mientras no tengan que competir en el área académica. (...) Niños educables, estos (...) presentan retraso físico y fallas serias en la coordinación motora. La capacidad de tracción es limitada, el pensamiento es concreto y las respuestas lentas. (...) Niños entrenables, son niños que presentan un marcado retraso en su desarrollo físico y deficiencias visuales y/o auditivas y una salud muy precaria. Su pensamiento es concreto, lo cual limita notablemente el aprendizaje. (...) Niños profundos, su educación no pertenece al sistema formal dadas sus características de limitación profunda, que solo les permite aprendizajes reflejos a través de un condicionamiento operante (...) deben ser educados en guarderías especiales donde se hace énfasis en la adquisición de habilidades básicas de supervivencia y necesitan cuidado de por vida. (Cerde, 1996, p. 88)

De la misma forma, se notó el incremento de la población infantil con parálisis cerebral, definida como aquella que «comprende cualquier afección motriz no progresiva, provocada por alguna lesión cerebral acaecida durante el desarrollo» (Saravia K, B. (1988, 11 de junio). En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra. Edición Sectorial Lago-Norte, El Tiempo, p. 1F).

Así las cosas se dijo que «los niños especiales son especiales. Pero no por ello debe dárseles un trato de sobreprotección. Porque en lugar de beneficiarles, los perjudica» (Saravia K, B. (1988, 11 de junio). En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra. Edición Sectorial Lago-Norte, El Tiempo, p. 1F). En ese sentido, fueron definidos los tipos de parálisis cerebral que se instituyeron como afecciones dentro de la población infantil de aquel entonces y sobre las cuales se hizo la siguiente descripción:

Espástica: *es decir, con tono muscular y movimientos exagerados. Son los casos más usuales y presentan hipertonía (contracción simultánea muscular, agonista y*

antagonista). Ello los limita en sus movimientos y les limita y les trae problemas de articulación y equilibrio y dificultad para realizar cualquier actividad motriz. Atetósica: caracterizada por movimientos lentos, involuntarios y sin objeto, que aumentan al intentar realizar una actividad. Se presentan problemas de coordinación, de equilibrio y de imprecisión en cualquier movimiento. Atáxico: el caso menos frecuente, donde hay una irregularidad en la coordinación muscular, debido a la disminución de su tonalidad. Hay hipotonía. Los afectados adquieren, entonces, hipermovilidad articular, problemas de reacciones defensivas, falta de equilibrio y de control en los movimientos de la cabeza. Se les dificulta el mantenimiento de una misma posición. (Saravia K, B. (1988, 11 de junio). En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra. Edición Sectorial Lago-Norte, El Tiempo, p. 1F)

Debido a ello, y a las anteriores situaciones de «alarma» frente a los problemas que se presentaban en relación con la población infantil, se generaron una serie de mecanismos de regulación, gobierno y control de las enfermedades infantiles en Colombia, cuya orientación se enfocó a la garantía de una mejor vida para los niños.

El reconocimiento de las enfermedades infantiles.

Entre las décadas de los años 60 y 90 en Colombia, una serie de prácticas medicalizantes se introdujeron para fortalecer los mecanismos instalados para proteger a la infancia en condición de abandono, en estado económico, educativo y social desfavorable, de ambulante de las calles y generadora de malestares (mendicidad, delincuencia, vagancia) que paulatinamente se fueron convirtiendo en un riesgo social que afectaba a la población y al Estado colombiano. Estas prácticas visibilizaron la existencia de un niño desprotegido que fue uno de los «ejemplares auténticos de esta infancia (...) que lucha entre el hambre y el delito, entre la perversión sexual y la resistencia imposible, entre una sociedad indiferente a su abandono» (Castellanos, M. (1961, 27 de febrero). El Drama de Todos los Días. El Tiempo, p. 5) y la urgencia de protegerlo como condición de preservación de la humanidad.

Precisamente, emergió la necesidad de desplegar sobre este sector en particular de la población infantil un halo de protección cuya intención se enfocó a la preocupación por la nutrición, la mortalidad, las enfermedades y la creación de instituciones encargadas de apoyar estos objetivos. Todo lo anterior, se fundamentó en el surgimiento de una serie de discursividades que exaltaron la importancia del niño como condición de supervivencia humana. Así pues, el descuido por la infancia y el problema de las enfermedades infantiles no se vio solamente en términos de normación, es decir, de la determinación de un modelo ideal o de una norma preexistente para definir «si el comportamiento de un individuo se ajusta o no a ella, es decir, si ese individuo es normal o anormal, capaz o inepto, válido o inválido» (Castro, 2010, p. 79) sino de normalización, pues, ahora se trataba de controlar las enfermedades para evitar su peligrosidad, lo que significó que «hay que «gobernar la enfermedad» mediante la implementación de dispositivos que permitan gestionar y administrar el riesgo de contagios. La enfermedad se “deja pasar”, pero, al mismo tiempo, se gobierna gracias a la intervención regulada sobre un medio ambiente» (Castro, 2010, p. 78).

Para ello, se formularon múltiples estrategias y medidas cuyos objetivos se enfocaron a enfrentar una serie de malestares infantiles como por ejemplo las enfermedades de los niños causadas por la polio, la desnutrición, la tuberculosis, etc., con terapéuticas como la producción de discursos e instituciones, la definición de campañas y brigadas que visibilizaron un niño enfermo y la necesidad de mostrar un niño sano como condición para salvaguardar el futuro de la humanidad, como lo evidenciaron los discursos de la época donde se expresó que se debía incluir no solo “el amor a la patria y a la familia sino también a la salud y la vida” (*Cómo tratan a los niños tuberculosos en Bogotá. (1961, 16 de abril). El Tiempo, p. 15*), así, los asuntos biológicos de la niñez se tradujeron en el centro de las políticas de la época.

Campañas para gobernar las epidemias de los niños.

Por los años 60 en Colombia emergió la necesidad de atender a la población infantil y desnutrida que estaba siendo afectada por una gama de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis, la diarrea, la tos ferina, entre otras, lo que dio lugar

a la emergencia de una serie de discursividades que situaron el interés de la época sobre la salud y bienestar del niño, exponiéndose que:

Todo cuanto se intente hacer en favor de la niñez es poco, no únicamente en lo nutricional, sino en lo educacional e higiénico. Ampararla y protegerla contra todos los riesgos es deber (...) que compete al Estado y a la sociedad misma, de lo contrario, ellos cuando grandes se vengarán de quienes no supieron prestarles apoyo y brindarles cariño. (Montoya M, F. (1963, 27 de mayo). Problemas de la Infancia. El Tiempo, p. 5)

En consecuencia, se vio la “necesidad de desarrollar un plan integral que comenzara con la defensa de la infancia y la protección de las madres, pues ciertamente la salud de un pueblo se debe vigilar en el llamado estado prenatal” (Por la salud del pueblo. (1970, 22 de julio). El Tiempo, p. 3). Desde una edad temprana, se hizo fundamental regular al niño pues ello, garantizaba entonces, una mejor intervención sobre los asuntos que afectaban su desarrollo biológico y crecimiento personal. En apoyo con lo anterior, se definieron algunas campañas y brigadas móviles de atención al menor que propiciaron la búsqueda del niño sano, a fin de «concienciar» a la población, en especial a la madre, sobre la importancia de proteger y cuidar a los niños de Colombia.

Campañas de vacunación contra las enfermedades de los niños.

Entre las décadas de los años 60 y 90 en Colombia se instauraron las campañas de vacunación como una acción para tratar de remediar la situación de enfermedad que agobiaba a los niños del país. Dichas

medidas se introdujeron en toda la nación debido al incremento de los casos de niños enfermos para evitar su expansión y posible riesgo para la población en general, lo que propició la constitución no sólo de campañas preventivas sino de instituciones con el objeto de gobernar las enfermedades de la infancia. De hecho, estas jornadas de vacunación se instituyeron entonces en una importante empresa gestionada por el Departamento de Salud Pública de la Nación, ya que instaban no sólo a la participación de las entidades gubernamentales para prevenir y erradicar dichos males sino a la participación de toda la población para que fuese efectiva y llegara a todos los rincones del país, en especial al sector más vulnerable de la población, los niños. Visto esto, se dijo que:

La campaña de vacunación que ahora se prepara (...) tiene la mayor importancia, dentro de los programas distritales de salud pública. Sobre todo porque permite la utilización, en beneficio directo de la población infantil, de uno de los recursos científicos más avanzados en la lucha por librar a la humanidad de tan horrendo flagelo. (Contra el polio. (1960, 15 de junio). El Tiempo, p. 5)

Como complemento, para finales de la década de los años 70 en Colombia se incrementaron las campañas de vacunación con el objeto de bajar los índices de mortalidad infantil pues en un informe generado por la Organización Panamericana de la Salud, se mostró que Colombia estaba a la “cabeza de América Latina con el más bajo índice de vacunación y graves epidemias por el dengue y el paludismo” (Comienza vacunación nacional. (1979, 4 de febrero). El Tiempo, p. 1A). Así las cosas, la finalidad de todas estas campañas se concentró en prevenir las enfermedades infecto-contagiosas en la población infantil y conse-

10 *La razón pública es pública de tres maneras distintas: a) como la razón de los ciudadanos considerados libres e iguales; b) su objeto es el bien público, es decir, esencias constitucionales y materias de justicia básica; y c) su naturaleza y contenido es público, y están dados por los ideales expresados en razonamientos públicos. Véase: Sahuí, A. (2002). Razón y espacio público. Arendt, Habermas y Rawls. México, Ediciones Coyoacán.*

11 *Con doctrinas comprensivas de lo bueno me estoy refiriendo a la expresión que usa John Rawls (1993, p. 196) para designar aquello que no puede hacer parte del diálogo político, eso que llevado a la discusión pública representa un diálogo entre sordos puesto que cada doctrina representa valores identitarios innegociables para los individuos. Las doctrinas comprensivas son aquellas que abarcan los más importantes aspectos religiosos, filosóficos y morales de la vida humana. Son razonables porque a pesar de ser distintas, incluso irreconciliables, son capaces de acceder a un mínimo de pautas de convivencia de unas con otras. Las que son incapaces de esto, son declaradas, no razonables. Estas doctrinas son el resultado de la socialización que recibimos en los contextos referenciales en donde crecemos, nos vinculan a un grupo y configuran las narraciones asociadas a la personalidad, el carácter y la identidad. Las doctrinas comprensivas (razonables y no razonables) entran en conflicto de manera recurrente.*

cuentemente con ello, fomentar apoyos educacionales para las familias, a fin que estas fuesen conscientes de los peligros a que eran sujetos los niños en sus primeros años de vida. De esta forma, se presentaron una serie de consejos prácticos sobre los cuidados que se debían gestar alrededor de los niños para garantizar su preservación, entre los que se describieron:

- Prevenga las enfermedades contagiosas vacunando sus niños oportunamente. – la rabia ataca a los animales que no están vacunados. Vacune el suyo. –si se presenta un caso de tétanos, difteria, parálisis infantil, tuberculosis, tos ferina, sarampión o viruela avise inmediatamente al Centro de Salud más cercano. – en caso de urgencia marque el número 15 y obre con calma (comienza en 2 meses). – Avise a un Centro de Salud si se presentan varios casos de diarrea en la misma casa o escuela. – No mueva al niño en caso de accidente. – En caso de diarrea o intoxicación de le abundante cantidad de agua. – En una quemadura grave retire con las manos limpias la ropa que la cubre y deje chorrear sobre ella abundante agua con sal. – La alimentación deficiente propicia la enfermedad. – Piense antes de actuar. (Vacunación gratis sin cita previa. (1979, 15 de febrero). El Tiempo, p. 2B)

Finalmente, como estrategia de apoyo a estas campañas iniciadas por la época surgió un plan de trabajo denominado ‘Supervivir’ cuyo principal objetivo fue precisamente, la reducción de la tasa de mortalidad infantil. Este plan contó con la colaboración de varios sectores nacionales entre los que se destacaron los Ministerios de Salud, Educación y Comunicación, además del ICBF, la Unicef y el trabajo integrado de Vigías de la Salud. Reflejo de ello fue que:

El programa (...) buscaba reducir, antes de 1989, de 23 mil a 17 mil la tasa de mortalidad infantil al nacer; de 23.2 a 11.6 la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas; y de 19.4% a 15% la desnutrición en los menores de cinco años. (...) Para esto, ‘Supervivir’ contará con la participación de 350 mil vigías de la salud, que es un grupo conformado por estudiantes, boys scouts, policías y miembros de la iglesia y de varias fundaciones, quienes iniciaron una cruzada sin precedentes para llevar información sobre prevención de estas enfermedades a cada hogar colombiano. (...) Sin embargo, (...) la atención integral debe ser un programa que tendrá que llegar a todas las familias pobres de la nación y que para eso se deben efectuar controles y censos sobre el número exacto para determinar los pasos a seguir.(Neira, A. (1987, 11 de febrero). Prioridades en salud: niños, madres y ancianos. El Tiempo, p. 2C)

Brigadas de salud, como complemento a las campañas para prevenir las enfermedades de la infancia colombiana.

Como parte de ese conjunto de prácticas medicalizantes y de seguridad alimentaria empleadas por la época para controlar las enfermedades de los niños, se generaron las brigadas de salud, promovidas en ese entonces, por el diario El Tiempo. Estas brigadas tuvieron como finalidad brindarle a la comunidad los servicios médicos necesarios para atender cualquier afección que atentara contra la salud pública y personal de los niños y la población en general, considerando que «uno de los problemas más graves que muchos barrios afrontan se relaciona, precisamente, con la salubridad y la higiene pública» (Cosas del día: Las brigadas de salud. (1961, 17 de enero). El Tiempo, p. 5).

De esta manera, se hicieron evidentes las problemáticas asociadas con la salud no sólo del pueblo colombiano sino de una infancia que no contaba con los servicios que le garantizaran el acceso oportuno a la medicina y los tratamientos afines con las enfermedades e infecciones que se manifestaban y masificaban socialmente convirtiéndose en un riesgo posible para la nación colombiana. Por ello, se consideró que era urgente y oportuno satisfacer esta necesidad básica del pueblo colombiano al brindarle «cada dos semanas (...) una serie de recursos científicos, médicos y odontológicos, con los cuales aspiramos a prestar un servicio de auténtico alcance social» (Cosas del día: Las brigadas de salud. (1961, 17 de enero). El Tiempo, p. 5).

Aunado a lo anterior, cada brigada también atendía jornadas de vacunación sobre la población infantil respecto a enfermedades como la viruela, de esta forma se amplió el campo de acción «contra la erradicación y eliminación de estos brotes epidémicos en este sector de la población». (Mil personas acudieron a la brigada de salud. (1961, 22 de marzo). 2da. Sección de El Tiempo, p. 1)

Finalmente, para la década de los años 70 se hizo especial alusión a la obra que realizó El Tiempo respecto al trabajo ejecutado en las brigadas de salud, donde se estipuló que hasta ese momento se habían llevado a cabo 140 jornadas dentro de las cuales se atendió a la población del Distrito Capital y a innumerables municipios del país. Con ellas se suministraron distintos servicios como por ejemplo, médicos, odontológicos, suministro de recursos a nivel de vestido, alimentación, peluquería, recreación y conferencias de forma gratuita con el fin de apoyar el nivel de vida de los ciudadanos del país y de llegar a todos los sectores de la población con «necesidades y preocupaciones». Así las cosas, esto fue lo que se expuso alrededor de las Brigadas de Salud de El Tiempo:

Desde el año de 1961, cuando se iniciaron con el concurso de muy destacados profesionales, las “Brigadas de Salud” de este diario han realizado una labor innegable y valiosa, de la que se han beneficiado –sin costo alguno– no menos de cincuenta mil personas de diversos municipios del país y en los barrios de la capital. Al terminar el año pasado se habían completado 140 de esas jornadas, que han sido, ante todo,

un mensaje de solidaridad y cooperación. Las “Brigadas de Salud” de El Tiempo prestan, gratuitamente, servicios médicos, odontológicos, de suministro de drogas, de ropas y mercados, de vacunación y peluquería, además de comprender programas de recreación y conferencias orientadoras en materia de higiene, organización familiar y otros temas. (Cosas del Día: Las brigadas de salud. (1970, 6 de enero). El Tiempo, p. 4)

Instituciones para el cuidado de niños con trastornos psiquiátricos, de conducta, de lenguaje y audición, tuberculosos y congénitos.

Como otro proceso de medicalización y acción terapéutica frente a las epidemias y enfermedades que presentaban los niños del país, se crearon distintas instituciones y estamentos dedicados a atender a la población con características especiales y a aquellos niños que presentaban conductas poco sociales que atentaban contra la población y su seguridad. Dentro de esta gama de instituciones se crearon por ejemplo, el «Centro de Atención al Niño Enfermo Tuberculoso», la Clínica de la Conducta, el Instituto Colombiano de la Audición y el Lenguaje, “Propace”, Centro para Retardados Mentales, la Fundación para Niños Diferentes y el Centro Terapéutico Infantil – Ceti», cada una con características distintas. Sin embargo, con un objeto en común, subsanar algunos efectos que fueron generados por los niños en estado de indefensión.

De esta manera, por ejemplo, el «**Centro de Atención al Niño Enfermo Tuberculoso**», se constituyó para la década de los años 60 en una institución de cuidado, rehabilitación, reeducación, tratamiento y control de los niños que presentaban esta enfermedad, “(...) dividido adecuadamente en pabellones para los contagiosos y los no contagiosos. Uno de los pabellones de niños lo constituye una casa aparte del edificio central y que fuera en otros tiempos una escuela” (Cómo tratan a los niños tuberculosos en Bogotá. (1961, 16 de abril). El Tiempo, p. 15). Cabe anotar, que los niños allí estaban bajo el cuidado de las monjas no siempre llegaban para obtener cuidados sino también orientación, como se expresó entonces: «durante su tratamiento reciben la instrucción que les corresponde en una escuelita mixta aprobada por el ministerio de educación. Al salir del hospital pue-

den ingresar a cualquier escuela». (Cómo tratan a los niños tuberculosos en Bogotá. (1961, 16 de abril). El Tiempo, p. 15)

«**La Clínica de la Conducta**», por su parte, surgió en el país como institución de contención y gobierno sobre la ola de delincuencia infantil que se venía observando en el territorio nacional, expresada en el incremento de las bandas de gamines y de fenómenos como la vagancia y la mendicidad no sólo en Bogotá sino en los distintos sectores de la nación. Frente a esto, se arguyó que los niños que aquí ingresaban a esta institución eran denominados «niños difíciles o niños problema», pues se trataba de «adolescentes de conducta irregular que principian la gama delictiva en su propio hogar sin encontrar solución ni en el consultorio del sicólogo, del siquiatra, del pedagogo, ni del propio juez de menores». (Una Clínica de la Conducta. (1960, 24 de noviembre). El Tiempo, p. 4). A su vez, esta Clínica tenía como finalidad «un cambio en la formación de la conducta (...) que fortalezca la personalidad en el trabajo, forme la voluntad dentro de la disciplina y reforme la conducta dentro de la libertad». (Una Clínica de la Conducta. (1960, 24 de noviembre). El Tiempo, p. 4)

Así las cosas, la institución prestaría servicios a los niños en torno a lo médico, psicológico, psiquiátrico y técnico, este último factor representado en capacitaciones dirigidas a la explotación “agrícola integral” (Una Clínica de la Conducta. (1960, 24 de noviembre). El Tiempo, p. 4). En este sentido:

La Clínica de la Conducta tendrá los siguientes servicios: a) consultorio médico-psiquiátrico; b) consultorio odontológico; c) gabinete sicopedagógico. Secciones: los servicios que tendrá la clínica serán, entre otros, los siguientes: a) dirección; b) sección de admisión, control y archivo; c) sección de enseñanza técnica dirigida por expertos agrónomos, veterinarios, pedagogos, mecánicos, electricistas, etc.; d) sección de explotación de los subproductos que resultaren de las instalaciones que se proyecten, con las plantas de servicios que sean necesarias en una organización moderna. (Una Clínica de la Conducta. (1960, 24 de noviembre). El Tiempo, p. 4)

Ahora bien, el «**Instituto Colombiano de la Audición y del Lenguaje**» centró sus esfuerzos en atender a la población infantil sorda, para que esta no se

convirtiera en un “estorbo en la sociedad” (Admirable labor para rehabilitar a los niños sordos: Instituto Colombiano de Audición y Lenguaje. (1966, 9 de marzo). 2da. Sección de El Tiempo, p. 17). Debido a ello, su objetivo era lograr que los niños que allí ingresaban pudieran prestar sus servicios a la comunidad de forma eficiente. Así las cosas, en el «Instituto Colombiano de la Audición y del Lenguaje»:

Se rehabilita a niños de inteligencia normal, que son sordos o afásicos; la diferencia entre ellos es que el sordo no habla porque no oye, y el afásico no habla porque no entiende lo que oye. La causa de esa deficiencia es generalmente una lesión cerebral, y se manifiesta en los órdenes receptivo y expresivo; a estos niños muchas veces se los trata de bobos y se los recluye en asilos para retardados mentales con gran perjuicio para ellos. (Admirable labor para rehabilitar a los niños sordos: Instituto Colombiano de Audición y Lenguaje. (1966, 9 de marzo). 2da. Sección de El Tiempo, p. 17)

De otra parte, «**Propace**» se erigió como una entidad para favorecer, rehabilitar y atender a los niños con parálisis cerebral que se hallaban impedidos física y mentalmente, además de brindarle a los padres de familia y a la población en general una solución a este flagelo a través de campañas de formación e información a las familias y a la ciudadanía sobre las causas y efectos de esta enfermedad cuyos principios orientadores estuvieron basados en los planteamientos de la Comisión Mundial de la Parálisis Cerebral que citaban:

- Creemos que todo niño inválido tiene los derechos inherentes de cualquier otro niño. – creemos que el niño con parálisis cerebral puede ser un futuro ciudadano de nuestra patria. – creemos que es un deber patriótico, un beneficio económico y una obligación moral incluir a todo niño invalido, dentro de lo posible en la participación de todos los aspectos de la vida colectiva. - Creemos que el universal deseo de ayuda a los niños con parálisis cerebral, nos impone la responsabilidad de ver que dicha ayuda sea dada con cariño. (“Propace” Creado para Atender Niños con Parálisis Cerebral. (1963, 31 de marzo). El Tiempo, p. 29)

Del mismo modo, en Risaralda para finales de la dé-

cada de los años 60 se crea el **Centro para retardados mentales** cuyo objetivo fue la protección infantil, la preservación y la represión de la delincuencia infantil y juvenil. De esta forma, “el centro de salud mental y de niños retardados mentales funcionaría bajo la dirección de un psiquiatra y un psicólogo, con la colaboración de personal especializado” (López A. (1969, 6 de enero). Centro para retardados mentales se crea en Pereira. El Tiempo, p. 6).

Paralelo a lo anterior, se institucionalizaron dos dependencias más para aunar esfuerzos en torno a la protección de la infancia y de los niños con características especiales. La primera de ellas fue la «Fundación para niños diferentes» creada para atender a niños lisiados del país que tuvo como objeto «concienciar» a los padres a través del discurso de “no esconder a los niños diferentes sino ayudarlos en su superación personal” (De M, L.S. (1980, 26 de febrero). Una realidad: Fundación para el niño diferente. El Tiempo, p. 1B). La segunda institución creada fue el «**Centro Terapéutico Infantil – Ceti**», que centró sus esfuerzos en los “niños con parálisis cerebral y sin problemas de conducta” (Saravia K, B. (1988, 11 de junio). En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra. Edición Sectorial Lago-Norte, El Tiempo, p. 1F) y le brindaría al público en general tres programas de atención al menor, con un vasto programa grupal e individual donde los educarían diariamente, como se constató en el siguiente aparte:

(...) intervienen en su educación una fonoaudióloga, una psicóloga y una terapeuta ocupacional. En forma grupal e individual, los educan de la siguiente forma: Mayor funcionalidad física y mejor desenvolvimiento motriz; articulación de los órganos que intervienen en el habla, mayor comprensión y expresión; desarrollo de la atención, percepción y memoria; estimulación visual, auditiva, gustativa y táctil; prelectura y algunos conocimientos aritméticos, de geografía e historia; coordinación para cortar, pegar, picar y ensartar; ejercitación de las actividades básicas cotidianas, como vestirse, peinarse, hacer sus necesidades y alimentarse y el recibimiento de estímulos que los impulsen a superarse cada día más. (Saravia K, B. (1988, 11 de junio). En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra. Edición Sectorial Lago-Norte, El Tiempo, p. 1F)

De esta forma, se evidenció el comienzo de una serie de mecanismos para controlar, gobernar y normalizar las conductas de los niños y sus enfermedades, pero ante todo, la salud infantil, que mediante la implementación de un conjunto de prácticas medicalizantes y de seguridad nutricional buscaron evitar que su condición de descuido desembocara en un factor de peligrosidad sobre el que se debía intervenir, malestares que consecuentemente irían en detrimento de lo social y por supuesto, de la condición infantil.

Conclusión

Como se observó, durante las décadas del 60 y del 70 en el país incursionó una serie de procesos de medicalización que anclados a un dispositivo de seguridad orientado a la protección infantil, materializaron múltiples prácticas, estrategias, discursos, subjetividades e instituciones que develó la preocupación por la salud de los niños e impulsó la creación de un campo de intervención regulado por las ciencias médicas que a su vez, permitió la producción de acciones de intervención, cuidado y condiciones de bienestar e higiene en el que se envolvió el cuerpo del niño, en particular, el de aquel sector de la infancia en estado de indefensión, con el que se intentó preservar de cualquier mal del mundo exterior a los niños, pero además, gobernar y encauzar sus actuaciones para evitar que esa condición de abandono provocara algún tipo de riesgo que afectara a la población o al Estado.

Referencias

- Abreu, J. C. (1970, 10 de febrero). *Mueren 250 Niños al Día en el País*. *El Tiempo*, p. 12
- Admirable labor para rehabilitar a los niños sordos: Instituto Colombiano de Audición y Lenguaje. (1966, 9 de marzo). 2da. Sección de *El Tiempo*, p. 17
- Calibán. (1958, 16 de enero). Danza de las horas. *El Tiempo*, p.4
- Camacho C. P. (1962, 16 de agosto). Protección Infantil. *El Tiempo*, p. 4
- (1962, 13 de octubre). La Vagancia Infantil. *El Tiempo*, p. 4
- Castellanos, M. (1961, 27 de febrero). El Drama de Todos los Días. *El Tiempo*, p. 5
- Castro G, S. (2010). Historia de la gubernamentalidad: Razón del Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Colombia. Siglo del Hombre Editores.
- Castro Orellana, R. (2004). Ética para un Rostro de Arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Filosofía. Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II. (Ética y Sociedad). Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28231.pdf>
- Cerda G, H. (1996). Educación Preescolar. Historia, Legislación, Currículo y Realidad Socioeconómica. Bogotá-Colombia. Editorial Magisterio.
- Comienza vacunación nacional. (1979, 4 de febrero). *El Tiempo*, p. 1ª
- Cómo tratan a los niños tuberculosos en Bogotá. (1961, 16 de abril). *El Tiempo*, p. 15
- Contra el polio. (1960, 15 de junio). *El Tiempo*, p. 5
- Corand, P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions intotreatable disorders. JHU Press, 2007. Citado por Cannellotto A. & Luchtenberg. (2008), E. Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>.
- Cosas del día: Las brigadas de salud. (1961, 17 de enero). *El Tiempo*, p. 5
- Cosas del Día: Las brigadas de salud. (1970, 6 de enero). *El Tiempo*, p. 4
- De M, L.S. (1980, 26 de febrero). Una realidad: Fundación para el niño diferente. *El Tiempo*, p. 1B

Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. Ed. Piqueta. Madrid.

----- (2008). *Historia de la Medicalización*. En *La Vida de Los Hombres Infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Plata, Altamira (Argentina).

García. (1960, 7 de julio). *73 Niños Mueren en Heliconia a Causa de la Gastroenteritis*. *El Tiempo*, p. 6

Germain, M. (2007). *Elementos para una genealogía de la medicalización*. *Revista Catedra Paralela*, No.4, 6-15. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00042f001t1.pdf

Gómez, L. (1980, 6 de febrero). *Dice el ICBF: Un millón de niños abandonados*. *El Tiempo*, p. última A

La Desnutrición en Colombia. (1970, 11 de febrero). *El Tiempo*, p. 4

La Niñez Abandonada, el Máximo Problema. (1963, 15 de octubre). *El Tiempo*, p. 16

La Niñez Abandonada. (1960, 22 de agosto). *El Tiempo*, p. 4

La Violencia Originó otra Forma de Abandono de Nuestra Infancia. (1959, 23 de noviembre). *El Tiempo*, p. 14

López A. (1969, 6 de enero). *Centro para retardados mentales se crea en Pereira*. *El Tiempo*, p. 6

Márquez Valderrama, J. (2010). *Técnica, Medicalización y Virtualización del cuerpo*. En *Revista Ciencia, Tecnología y Sociedad*. No. 3, 43 - 51 Recuperado de: <http://itmojs.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/47/33>

Mil personas acudieron a la brigada de salud. (1961, 22 de marzo). 2da. Sección de *El Tiempo*, p. 1

Montoya M, F. (1963, 27 de mayo). *Problemas de la Infancia*. *El Tiempo*, p. 5

Neira, A. (1987, 11 de febrero). *Prioridades en salud: niños, madres y ancianos*. *El Tiempo*, p. 2C

Por desnutrición: 110 niños mueren cada año. (1979, 2 de marzo). *El Tiempo*, última D

Por la salud del pueblo. (1970, 22 de julio). *El Tiempo*, p. 3

“Propace” Creado para Atender Niños con Parálisis Cerebral. (1963, 31 de marzo). *El Tiempo*, p. 29

Rodríguez, L. M. (1962, 28 de agosto). *El Correo de El Tiempo: Tres Oprobios Nacionales*. *El Tiempo*, p. 4

Saravia K, B. (1988, 11 de junio). *En Ceti, una adecuada orientación: Parálisis cerebral: La sobreprotección frustra*. Edición Sectorial Lago-Norte, *El Tiempo*, p. 1F

Una Clínica de la Conducta. (1960, 24 de noviembre). *El Tiempo*, p. 4

Vacunación gratis sin cita previa. (1979, 15 de febrero). *El Tiempo*, p. 2B