

PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL.
Un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de la promoción de la
salud

CLAUDIA ISABEL CÓRDOBA SÁNCHEZ

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CINDE

ORGANISMOS COOPERANTES:

Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Caldas, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad de Antioquia, Unicef, Universidad Central, Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Distrital
Universidad de los Andes de Venezuela, Universidad Central de Venezuela, Universidad del Nordeste de Argentina, Universidad Diego Portales de Chile, Universidad Católica Silva Henríquez de Chile, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Brasil, Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo de Brasil, FLACSO, CLACSO de argentina

MANIZALES

2013

**PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL.
Un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de la promoción de la
salud**

CLAUDIA ISABEL CÓRDOBA SÁNCHEZ

Director de Tesis:

ALEJANDRO ACOSTA AYERBE

Doctor en Educación

**Trabajo de grado presentado para optar al título de
Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CINDE**

ORGANISMOS COOPERANTES:

**Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Caldas, Universidad
Pedagógica Nacional, Universidad de Antioquia, Unicef, Universidad Central,
Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana,
Universidad Distrital**

**Universidad de los Andes de Venezuela, Universidad Central de Venezuela,
Universidad del Nordeste de Argentina, Universidad Diego Portales de Chile,
Universidad Católica Silva Henríquez de Chile, Universidade Federal dos
Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Brasil, Pontificia Universidad Católica de
Sao Paulo de Brasil, FLACSO, CLACSO de argentina**

MANIZALES

2013

Nota de Aceptación

El trabajo de grado *Procesos de resistencia a la participación infantil. Un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de la promoción de la salud*, presentado por la candidata Claudia Isabel Córdoba Sánchez, cumple los requisitos exigidos por la Universidad de Manizales y el CINDE para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Manizales, Octubre de 2013

Para Iván Darío, in memoriam (1961-2010)

Debo agradecer a Dios, ese ser supremo que ha guiado mi vida y me ha permitido transitar por este camino académico que ha valido la pena. A Sara Victoria Alvarado, directora del programa de doctorado, porque con su exigencia enriquecida de sensibilidad y afecto me permitió conocer aún más sobre lo trascendente de lo humano. A Alejandro Acosta, profesor del programa de doctorado y tutor de mi tesis, porque con su rol como facilitador y acompañante en este arduo proceso, me brindó todas las posibilidades para expresar con libertad mis pensamientos. A mis lectores, internacional y nacional, Alejandro Cussiánovich y Carlos Iván García por sus acertadas observaciones y recomendaciones. A la Pontificia Universidad Javeriana que financió parte de mis estudios y me ofreció todas las garantías para culminarlos con éxito. A los amigos del Ifejant en cabeza de Alejandro Cussiánovich y Elvira Figueroa, gracias mil por todo lo aprendido y vivido en tan corto tiempo. A Alex García Sarria, coordinador del programa salud al colegio en el nivel distrital, porque me abrió la primera puerta para este trabajo. A los coordinadores y gestores del programa en las localidades de Suba, Bosa y Ciudad Bolívar por sus tiempos y respuestas sinceras. A los rectores de los colegios porque me permitieron entrar allí sin esperar nada a cambio. A los maestros y maestras por compartir sin egoísmo sus experiencias, conocimientos, sentimientos y frustraciones. A los padres de familia de los niños quienes con su calor humano y sinceridad me abrieron su corazón, puedo decir ahora que conozco un poco más del sufrimiento humano. A los niños y niñas que participaron en el estudio porque con sus juegos, sonrisas, sueños y esperanzas compartidas le dieron la substancia y el condimento necesarios al trabajo realizado. ¡Gracias mil porque ustedes oxigenan y alimentan la vida de quienes nos decimos adultos!. A mis padres quienes siempre han apoyado con decisión los objetivos que me he trazado en la vida. Y finalmente a mi amado esposo, quien con paciencia y sacrificio ha sabido esperar, callar, estar ahí a mi lado; y a mis adorados hijos: Laurita, Rodri y Juli por los tiempos y espacios prestados, por los momentos felices aplazados, porque con sus caritas, miradas y sonrisas le han dado a mi vida todo lo que necesito para seguir adelante: razón y motivación.

<p>DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES</p> <p>GRUPO DE INVESTIGACIÓN: Perspectivas políticas, éticas y morales de la niñez y la juventud</p> <p>LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Políticas públicas y programas en niñez y juventud</p>		
1. Datos de Identificación de la ficha		
Fecha de Elaboración: Octubre 13 de 2013	Responsable de Elaboración: Claudia Isabel Córdoba S.	Tipo de documento: Tesis
2. Información general		
Título	Análisis de los procesos de resistencia a la participación infantil: un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de la promoción de la salud	
Autor/es	Claudia Isabel Córdoba S.	
Tutor	Alejandro Acosta Ayerbe	
Año de finalización / publicación	2013	
Temas abordados	Derechos de los niños, Resistencias a la participación infantil, Promoción de la salud, Producción de regímenes de verdad, Instalación de subjetividades.	
Palabras clave	Derechos de los niños, Participación infantil, Promoción de la salud, Escuela promotora de salud, Programa salud al colegio.	
Preguntas que guían el proceso de la investigación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuáles son las bases teóricas y conceptuales sobre las cuales se apoya la participación infantil en los programas de promoción de la salud? 2. Cuáles son las prácticas de participación infantil en los programas de promoción de la salud? 3.Cuál es el estado o situación de los componentes de los programas de promoción relacionados con la participación infantil? 4. Cuáles son las miradas, perspectivas, posiciones y argumentaciones de los actores comprometidos en los procesos participativos de estos programas? 5. Cuáles son los factores que obstaculizan la participación infantil en los programas de promoción? 6. Qué relaciones se producen entre los factores mencionados y los estados descritos? 7. Qué patrones vinculantes existen entre esas relaciones? 	

Identificación y definición de categorías
(máximo 500 palabras por cada categoría) Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página

La categoría niñez:

La categoría *niñez* apareció con la modernidad para definir a los sujetos en proceso, inmaduros y dependientes que requieren ser objetos de protección, inversión afectiva y cuidado para garantizar la formación de unos adultos sanos y productivos que garantizarán el sostenimiento del modelo de desarrollo capitalista. En la sociedad contemporánea la categoría niñez no abandona el pensamiento de la modernidad, aunque poco a poco empieza a tomar forma un nuevo significado que muestra a los niños como sujetos de derechos, con capacidades crecientes, transformadores del mundo, cuya participación en los asuntos que les afectan es definitiva. Ante este nuevo significado, se advierte un oculto interés por hacer de los niños sujetos deseantes, adoctrinados para un sistema político y económico cuya esencia es la fuerza del mercado.

En la investigación, la niñez es asumida desde acuerdos entre lo biológico, social, cultural e histórico del ser humano que dan como resultado trayectorias vitales las cuales invitan a pensar no en procesos definidos y unidireccionales, sino en dinámicas, movimientos, permanencias y cambios, superposiciones, trayectorias vitales que configuran una generación en la que acontece el proceso de formación del ser y de ser humano, en la que se posibilita el despliegue de toda una serie de potencialidades propias para mostrarse y actuar conjuntamente con los otros como seres cinéticos, con voluntad y deseo de conocer, con consciencia creciente de sí y del mundo que les rodea, seres cuyos intereses, curiosidades y esperanzas irán acrecentando su pensamiento crítico para leer y recrear el mundo en beneficio propio y de quienes los rodean.

En consecuencia, esta investigación abandona el concepto de los aún no por el de los ya sí, así como la idea medicalizada de que la niñez es la primera etapa del ciclo evolutivo del ser humano que culmina a los dieciocho años de edad. En ese abandono subyace la idea de transformación de las relaciones jerárquicas en relaciones más horizontales, en las que la participación conjunta de niños, niñas, adolescentes y adultos sea una condición indispensable para la formación de una mejor sociedad.

El concepto de participación infantil:

La categoría participación infantil aparece a finales de la modernidad aunque los niños hayan aportado con sus actividades cotidianas a la vida social, económica y cultural de sus grupos más próximos a través de toda la historia de la humanidad. La palabra participar procede del latín *participare* que significa *tomar parte* y por ello ha sido definida como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte” (RALE, 2001). El concepto de participación involucra una *acción de tomar parte* en asuntos de interés que es exclusiva del ser humano y que no puede ser desarrollada en la intimidad de cada ser, sino que se expresa en la relación con los otros, pues es en el juego de la intersubjetividad, mediada por el lenguaje, donde se produce el intercambio cognitivo, social y emocional necesarios para compartir la comprensión de la realidad, tomar decisiones en conjunto e influir en las condiciones de la vida.

La participación infantil entonces cobra sentido en el establecimiento de unas relaciones respetuosas y horizontales con los otros, pues es este tipo de relaciones las que conforman la base para favorecer que los niños y niñas gradualmente perfeccionen esta competencia social. En este sentido, se comparte la idea que Acosta y Pineda (2007) tienen sobre la participación cuando sostienen que ésta debe entenderse como el establecimiento de acuerdos que tienen como base el reconocimiento de las diferencias y de las posibilidades de cada participante en la construcción de sentidos de vida individual y colectiva. En efecto, reconocer las diferencias y establecer acuerdos, permiten construir puentes comunicantes que promueven el

avance de los interlocutores que, para el caso de los niños y niñas, es hacia un nivel de comprensión y destreza cada vez más avanzado. El análisis desde el plano interpersonal como una forma de establecer puentes, vínculos y relaciones humanas, da origen al concepto de *participación guiada* propuesto por Rogoff (1993).

Se ha planteado también la participación como una competencia social que se va perfeccionando gradualmente en la medida en que ésta se ejercita. En ese sentido Rogert Hart (1997a) rescata la motivación personal, las experiencias y circunstancias familiares/culturales de cada niño. Para Gaytán, es la *expresión infantil* el elemento esencial de la participación infantil, pues ella es “la manifestación del ser, pensar y sentir del niño como sujeto en una sociedad en correspondencia con sus intereses y distintos grados de autenticidad frente a influjos externos” (1998, p. 97). Pero es la *participación protagónica* la que coloca a los niños como protagonistas de su propia vida (Cussiánovich, 2010c, p. 134) y ello tiene que ver con “ser sujeto, actor, desarrollar una personalidad protagónica, ejercer ciudadanía, tener participación”. Este tipo de participación requiere la colaboración de los adultos para apoyar a los niños en la construcción de su autonomía que debe contemplar aspectos relacionados con la consciencia social como aprender a no agredir a los otros, aprender a comunicarse, interactuar y decidir en grupo, aprender a cuidar, cuidarse y cuidar el entorno, y a valorar el saber social y cultural (Toro, 1998).

El efecto inmediato de la participación protagónica es la *organización infantil* que se refiere a la capacidad que ellos tienen para asociarse y obtener lo que quieren. Cordero y Ponce (1998, p. 10) creen que “los niños y niñas organizados son niños y niñas empoderados”, lo que les abre la posibilidad de crear *movimientos infantiles* que mediante metas claras aseguren su presencia en el ámbito público, lugar en el que se toman las decisiones. Los movimientos infantiles se constituyen en un verdadero ejemplo de construcción de democracia en la que es posible vivir como ciudadanos activos y deliberantes.

El concepto de promoción de la salud:

Con la elaboración de algunos trabajos que niegan la relación directa entre la práctica médica y el mantenimiento de la salud se vino provocando una creciente demanda mundial por una salud pública renovada, una salud pública libre de la hegemonía médica y sus regímenes de verdad. De ahí surge *la nueva salud pública* cuya esencia es el discurso de la *promoción de la salud* que, particularmente por el informe Lalonde, tomó fuerza después de la segunda mitad del siglo pasado. Y aunque la promoción de la salud no se la inventó la posmodernidad, su filosofía moderna basada en la desmedicalización de la salud, avanzó con un enfoque político en el que la participación de todos los sectores sociales era indispensable y transversal a sus propuestas.

La promoción de la salud además de problematizar la medicalización de la salud pública, sus regímenes de verdad, la intrasectorialidad y la hegemonía en la formulación de las políticas de salud; intenta devolver el poder a la comunidad y a los individuos para que sean ellos mismos los que controlen los aspectos que determinan su salud ofreciéndoles políticas saludables, entornos saludables y la reorientación de los servicios de salud.

La promoción de la salud es entonces el proceso social global que permite a las personas y comunidades incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla y con ella lograr el desarrollo humano y social deseado.

En consecuencia, para la promoción de la salud, la participación individual y colectiva es esencial en la consecución de los objetivos relacionados con la salud y por ello las personas se constituyen en el centro de las acciones y procesos, pues solo así, es posible garantizar que las intervenciones institucionales sean eficientes, eficaces y sostenibles, y con ello alcanzar el impacto de los programas y políticas sobre el desarrollo de las comunidades, de lo contrario, se podrán seguir invirtiendo millones y millones de dólares para mejorar la calidad de vida de las personas y no será posible el cambio (Easterly, 2006).

En los últimos años se ha logrado la asociación del sector educativo y de salud con la

pretensión de incluir a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en actividades saludables que puedan resultar de su interés. Esta asociación se basa en la idea de que es en los espacios educativos donde los niños, niñas, adolescentes y jóvenes pasan la mayor parte del tiempo exponiéndose a la influencia de ideas, preferencias, costumbres y modos de actuar que provienen de múltiples sectores como las familias, educadores, profesionales de salud, personal administrativo y condiscípulos, quienes de manera permanente están presentes en la configuración de los estilos y hábitos de vida.

Dada la confluencia de estos sectores en las instituciones educativas, éstas se constituyen en un espacio ideal no solo para introducir programas de promoción, sino para establecer coordinación intersectorial en favor de la prevención de enfermedades y la creación de entornos propicios para desarrollar estilos de vida saludables, promocionar la ciudadanía a través de la participación y estimular factores protectores de la salud y la vida.

El concepto de resistencia:

El concepto de resistencia en algunos enfoques de las ciencias sociales se ha relacionado con discursos, prácticas y acciones subversivas de lucha contra un sistema o un poder político que se percibe opresivo. La resistencia expresa la presencia de posiciones distintas a la instituida por la autoridad, versiones diferentes, por fuera del marco oficial, versiones que configuran visiones del mundo variadas, heterogéneas, conflictivas, contradictorias y que no siempre permiten tener una idea de lo que se está pensando en la sociedad, mostrando con ello lo caótico del mundo social. Se resiste cuando se toma distancia práctica y/o discursiva con relación a planteamientos considerados hegemónicos. En esta investigación, la resistencia es comprendida como el conjunto de pensamientos influenciados por significaciones, sentimientos, deseos e intereses particulares que derivan en una actitud de negación hacia la participación infantil. En consecuencia se asume que la resistencia a la participación infantil tiene como base un cúmulo de creencias, valoraciones e imaginarios sobre la niñez que llevan a configurar posiciones y asumir actitudes que no siempre coinciden con lo vivido. Para este caso se piensa en la niñez como ese sector poblacional caracterizado por la inmadurez bio-psico-social, por la incapacidad para asumir funciones valoradas socialmente, y por su condición de vulnerabilidad que exigen prácticas de cuidado y protección por parte de la familia, el Estado y la sociedad. En suma, las resistencias son el resultado de la lucha interior entre subjetividades instaladas y subjetividades por instalar. Las primeras, están relacionadas con una idea particular de niñez que fue requerida para la configuración de la sociedad moderna que abría sus puertas al capitalismo; las segundas, relacionadas con una nueva forma de entender la niñez en donde la participación infantil se constituye en otro elemento más en la configuración de una sociedad posmoderna que intenta la consolidación final del sistema capitalista a partir de la configuración de sujetos deseantes.

Actores

**(Población, muestra, unidad de análisis, unidad de trabajo, comunidad objetivo)
(caracterizar cada una de ellas)**

Unidad de análisis: enunciados emitidos desde las diversas fuentes.

Fuentes: documentos institucionales (colegios y secretaría distrital de salud), personas (niños y niñas escoñares, profesores de las instituciones educativas, directivas de las instituciones educativas, padres de niños y niñas escoñares, profesionales del programa SAC de la secretaría distrital de salud) y acontecimientos (encuentros entre niños, niñas, profesores y profesionales de la secretaría distrital de salud).

Criterios de selección de los casos: i) instituciones educativas del distrito, ii) instituciones con programas de promoción de la salud en desarrollo, iii) instituciones con niños y niñas de educación básica primaria, iv) directivas institucionales con interés por la investigación propuesta, v) equipo profesional del programa SAC aceptara la vinculación de la

investigadora como miembro del grupo.

CUADRO 1. Las técnicas de la investigación

FUENTES		TÉCNICAS	INSTRUMENTOS DE REGISTRO	NÚMERO		
				CASO 1	CASO 2	CASO 3
ACONTECIMIENTO		Observación directa	Diario de campo Videograbación Fotografía	3	3	3
ACTORES	Niños y niñas	Dibujos Narrativas	Cuaderno viajero	1 15 niños/ as	1 20 niños/ as	1 10 niños/ as
	Maestros	Entrevista individual	Audio-grabación	8	7	5
		Entrevista grupo focal		1	1	1
		Encuesta	Formulario	9	16	11
	Profesionales	Entrevista individual	Audio-grabación	3	3	3
		Encuesta	Formulario	7	7	4
	Padres	Entrevista grupo focal	Audio-grabación	1	1	1
		Encuesta	Formulario auto diligenciado	263	243	35
DOCUMENTOS	Programa SAC	Lectura	Notas y memos: nivel de explicitación, reiteración, concreción, coherencia e intertextualidad	7		
	Colegios PEI MC	Lectura	Notas y memos: nivel de explicitación, reiteración, concreción, coherencia e intertextualidad	2	2	2

Fuente: elaboración propia.

**Identificación y definición de los escenarios y contextos sociales en los que se desarrolla la investigación
(máximo 200 palabras)**

La investigación es desarrollada en tres instituciones educativas del distrito de Bogotá en las que se ofrece el programa SAC. Este programa surge como una propuesta intersectorial para garantizar a los niños, niñas y adolescentes de las IED el derecho a la salud y a la educación como derechos humanos fundamentales que, en conjunto, aportan para la obtención de una mejor calidad de vida y de desarrollo humano. En efecto, el trabajo interinstitucional coordinado y las contribuciones de capital técnico, metodológico, financiero y de recurso humano propias de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y de la Secretaría de Educación del Distrito (SED) han aspirado a desarrollar acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, habilidades para la vida, restablecimiento de la salud y abogacía frente a un sistema de salud que bajo la lógica del mercado ha venido obstaculizando la calidad y el acceso a la salud de los niños y niñas más pobres de la capital.

Desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud, la institución educativa se entiende como un espacio social en el que confluyen saberes, imaginarios, prácticas y comportamientos relacionados con la salud, de manera que este escenario se constituye en un lugar propicio para construir un ambiente saludable que aporte en el desarrollo armónico e integral de los niños, niñas y adolescentes, y a su vez en la creación de unas adecuadas condiciones de aprendizaje bajo el lema *me siento bien, aprendo bien*.

**Identificación y definición de supuestos epistemológicos que respaldan la investigación
(máximo 500 palabras)**

Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página

La institución salud de finales del siglo XVII y hasta parte del siglo XX se constituye en uno de los principales elementos de la racionalidad política que dominaría a la sociedad europea durante la modernidad. Esta institución emerge como parte del dispositivo de poder que procuraba actuar sobre el cuerpo individual y colectivo para estudiarlo, comprenderlo, dominarlo, asistirlo, curarlo y hacer de él una herramienta útil para la producción económica en medio de la configuración de una sociedad construida para la consolidación del capitalismo.

Así, el hospital se transforma en la modernidad como lugar de encierro para los enfermos en general, pero en el que particularmente los niños, desde una óptica intrasectorial, medicalizada y dominada por *regímenes de verdad*, se hacían *material* necesario para la construcción de una sociedad cuyos estándares de salud fueran óptimos. En efecto, los cuerpos infantiles fueron construidos desde las disciplinas nacientes de la modernidad como cuerpos inmaduros, frágiles y enfermizos que exigían su estudio, análisis e intervención, de manera que se consolida toda una *anatomopolítica* que derivaría en prácticas de diagnóstico, tratamiento y curación especialmente pensadas para la debilidad.

Y en consonancia con esa nueva racionalidad política, la salud pública, basada también en la intrasectorialidad, medicalización y sus regímenes de verdad, consolida una *biopolítica* expresada en el interés por la salud de la población infantil que derivaría en políticas de protección, crianza pautada, higiene, nutrición, inmunización y trato adecuado para hacer de ese grupo poblacional “un cuerpo social productivo que debe ser homogéneo y potenciable” (Sánchez, 2007, p. 31).

Articulado el sector salud a la nueva tecnología política y con la intención de afianzar la sociedad productiva, se requería la expansión de la recién construida categoría *niñez* para que estuviera al servicio de la racionalidad política del momento. Así pues, el concepto

toma particular importancia e invade otros sectores sociales que aún mantenían la idea medieval de los niños como adultos pequeños.

Es así como la categoría *niñez* empezó a tomar forma para la sociedad moderna desde el siglo XVI cuando se produjo un cambio de actitud frente a lo que significaban los niños para la sociedad de la edad media, pues en esa época, los sucesos relacionados con la infancia no tenían la importancia que se les asigna en la modernidad porque los niños se encontraban en un mundo del que hacían parte como adultos pequeños, de ahí el largo tiempo que permanecieron en el anonimato y el desinterés general.

A partir del siglo XVII el concepto moderno de niñez se consolida como parte de esa tecnología política que intentaba responder a los intereses de la también naciente *sociedad disciplinaria*. Y aunque fueron muchas las transformaciones sociales durante esta época, los fenómenos políticos, económicos, teórico-científicos e ideológicos aportaron enormemente en la construcción de un nuevo significado que sobre los niños y niñas tendría la sociedad.

Se empieza entonces a mirar la niñez como ese grupo poblacional de seres inmaduros e incompletos, en proceso de formación y aprendizaje, cuya incapacidad y debilidad los convierte en objetos de protección, cuidado e inversión afectiva y emocional. Con esta mirada, se instituye un nuevo rol para el adulto quien al actuar como padre, maestro, psicólogo o médico asume su encargo en la conducción, disciplinamiento, corrección, tratamiento y curación que debe concluir en la optimización de los cuerpos infantiles hasta la obtención de un sujeto adulto productivo. Este encargo llevó al *encierro* de los infantes quienes quedaron reducidos al espacio doméstico, íntimo, privado, en definitiva a una mayor cercanía con ese adulto disciplinador con quien establecería unas relaciones jerárquicas, incluidas allí sus respectivas asimetrías, en las que el adulto, siendo una víctima más del modelo de sociedad disciplinaria que se imponía, asumió una posición de autoridad y el niño una condición de subordinación que finalmente los llevaría a la pérdida de la libre vinculación entre ellos.

Identificación y definición del enfoque teórico (máximo 500 palabras)

Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página, señalar principales autores consultados

El enfoque teórico plantea la participación infantil en el marco de las sociedades disciplinarias y de control. Es Foucault quien provee el concepto de sociedad disciplinaria que ubica en la Europa de los siglos XVIII y XIX. Para este tipo de sociedad el cuerpo humano se hace dócil para ser moldeado, transformado, perfeccionado y utilizado. Aunque el mismo filósofo reconocía que a pesar de que en la edad clásica el cuerpo existía como objeto y blanco de poder y que en toda sociedad pre-moderna el cuerpo había estado atado a estrategias de poder que lo obligaban, exigían y sometían, es en la sociedad disciplinaria en la que el cuerpo adquiere una dimensión especial debido a que se establecen nuevos mecanismos para su potenciación pero a la vez para su rendición.

A diferencia de los otros momentos históricos de la humanidad, en la sociedad disciplinaria foucaultiana, el cuerpo se reduce a una máquina de la que se espera un rendimiento desmedido y la generación de la fuerza necesaria para el trabajo productivo, simultáneamente, se espera del cuerpo su docilidad para ser sometido a un orden social que poco a poco se va imponiendo. En este sentido, el cuerpo adquiere una significación totalmente diferente, se convierte en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, multiplicar capacidades, recibir ciertas cualidades, intensificar su rendimiento y calificarse como un cuerpo capaz de ser útil y producir (Foucault, 1978).

El trato que se le da al cuerpo en este tipo de sociedad tiene sus variaciones por cuanto se establecen nuevas técnicas que exigen emplearlo de manera diferente. En ese sentido, Foucault (1976) plantea en primer lugar una *escala de control* en la que el cuerpo es fraccionado, dividido en sus partes para ejercer el poder sobre cada una de ellas y en

consecuencia obtener gestos, movimientos, actitudes definidas; en segundo lugar un *objeto de control* que para este caso incluye la economía, la eficacia y la organización interna; y en tercer lugar *la modalidad* que implica una coerción constante, permanente, inagotable sobre los procesos más que sobre los resultados. Estos tres elementos planteados por Foucault dan como resultado el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan su sujeción e imponen una relación de docilidad-utilidad. Los cuerpos infantiles entran entonces en un mecanismo de poder en el que son explorados, desarticulados y recompuestos, para hacer de ellos lo que se desee y para que operen como se quiere.

Ese control minucioso del cuerpo busca su sujeción a un nuevo tipo de relación que en nada se parece a la establecida en otras relaciones históricamente reconocidas. Particularmente los niños y niñas de la sociedad disciplinaria quedan dispuestos para una relación de dependencia con los adultos, una relación que se caracteriza por su asimetría y verticalidad, en la que los niños son definidos como seres desdoblados, pues por un lado se les percibe en condición de debilidad, fragilidad y vulnerabilidad, pero por otro, se advierten indisciplinados, incivilizados y hasta peligrosos, lo que requerirá de acciones precisas no solo de protección, sino de tutelaje, dirección y custodia. Bajo esta perspectiva, el adulto viene a constituirse en el elemento central y definitivo en la atención de los niños y niñas, fortaleciéndose y construyéndose con ello una actitud paternalista y adultocéntrica.

El moldeamiento que los adultos pretendieron de los niños y niñas para hacer de ellos cuerpos dóciles-útiles, requirió el diseño de dispositivos disciplinarios que incluyeron la transformación de instituciones sociales como la escuela, de la que se hizo un espacio de encierro, en donde se definían unas normas, objetivos y estrategias que incluían una estructura de autoridad que le era impuesta al niño. Se establece un “formato escolar fundado en la separación del niño de su familia, y en la reclusión de los niños de una misma edad, a la misma hora y en el mismo lugar, para que desarrollasen actividades formativas comunes al comando de un adulto” (Terigi y Perazza, 2006, p. 2).

En el cumplimiento por hacer hombres y mujeres de bien, los niños y niñas han sido recluidos por un largo periodo de tiempo para que se inicien en el tránsito desde su inmadurez corporal, cognitiva, emocional y social, hasta la conformación de una persona útil para el medio social en el que continuará su vida, en un modelo que promueve la homogenización, la obediencia y el buen comportamiento a través de la uniformidad de sus acciones y actitudes.

Esta estrategia que pretendía la docilidad-utilidad de los cuerpos y que Foucault (1999b) llamó *anatomopolítica*, es el resultado de todo un dispositivo de poder del que hacen parte una serie de aparatos gubernamentales, de técnicas específicas de gobierno y de todo un conjunto de saberes y regímenes de verdad fortalecidos que guardan fidelidad entre sí a pesar de sus aparentes contradicciones y divergencias.

Ese poder disciplinario configura un concepto moderno de niñez que caracteriza a los niños y niñas como seres en desarrollo, no acabados, incapaces y dependientes, indisciplinados y peligrosos, que requieren la vigilancia, control y guía permanente de un adulto, seres sujetados a expensas de la benevolencia de un mayor, con pocas posibilidades de participación en los asuntos que les toca o interesan. Este concepto moderno reafirma una actitud pasiva en ellos y fortalece las relaciones verticales, autoritarias, paternalistas y adultocéntricas, todo ello bajo el interés de formar ciudadanos dóciles, en función de una lógica imperante, en la que no se puede prescindir del espíritu de racionalidad capitalista y por ello el adoctrinamiento a los sujetos desde pequeños resulta más valioso que hacerlo cuando ya son adultos.

Pero la sociedad disciplinaria descrita por Foucault comienza a sufrir una crisis en beneficio de nuevas formas de ejercicio del poder que van tomando lugar de manera lenta hasta pretender la consolidación de la hegemonía de lo que Deleuze (1991) denominó la sociedad de control. Y si bien, las tecnologías de gobierno planteadas por Foucault tales como la soberanía, la anatomopolítica y la biopolítica no dejan de funcionar del todo, se

experimenta una articulación de éstas con nuevas tecnologías provenientes de la sociedad de control que se deberán imponer sobre las primeras, para continuar el trabajo de fortalecimiento y dominación del capitalismo.

En estos cambios confluyen modificaciones en la organización y ejercicio del poder, en los cuales, sectores globales con interés e influencia política y económica presionan una dirección para el desarrollo de la humanidad con la intención de obtener la consolidación de la lógica capitalista y de libre mercado. El cuerpo dócil propio de la sociedad disciplinaria, poco a poco va dejando de ser víctima del reclutamiento, del encierro y aquello que se aislaba por su condición de anormalidad o por su necesidad de disciplinamiento, ya no sufre el retiro o la prohibición. El ejercicio del poder, sin abandonar aún las instituciones disciplinarias, se extiende por todo el territorio de manera que se hace flexible, rompe con los límites que con anterioridad le fueron impuestos y traspasa las fronteras. Esta nueva forma de poder busca que la constitución de los sujetos ya no se produzca esencialmente desde el interior de las instituciones sino fuera de ellas, de manera que serán impactadas, de nuevo, las instituciones sociales creadas para el cuidado, crianza y educación de los niños y niñas tales como la familia, la escuela y el hospital.

**Identificación y definición del diseño metodológico (máximo 500 palabras)
Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página**

Se realizó un *estudio de casos múltiple instrumental* (Alonso, 2003) *con enfoque hermenéutico* (Herrera, 2010). Es decir, que para capturar el fenómeno de estudio: *la resistencia a la participación infantil* de manera profunda y en su contexto habitual, se tomaron tres IED en las que funcionara el programa SAC. Estas instituciones actuaron como casos instrumentales en tanto cada una de ellas sirvió como instrumento para indagar por las resistencias a la participación en el marco de los programas de promoción de la salud. El enfoque hermenéutico se plantea como una forma de comprender e interpretar teóricamente la experiencia humana, experiencia a la que siempre se vuelve de nuevo por cuanto en cada visita se aprende también algo nuevo.

De lo que se trató fue hacer un análisis de *cómo* se producen los procesos de participación infantil y en ellos *qué* factores de resistencia se encontraban teniendo como marco teórico y experiencial el discurso de la promoción de la salud en los programas que llevan su mismo nombre y que se desarrollaban en cada IED para lograr un nivel comprensivo/interpretativo de lo que allí ocurría. Esto implicó hacer un análisis de lo que Noya (1999, p. 129) llamó los “textos de interacción, es decir, de cualquier documento escrito, oral o visual que recoja una interacción entre individuos” dentro de su propio contexto y en sus particulares situaciones sociales, pues fue a partir de ello que se intentó llegar a la comprensión/interpretación de esa realidad.

No se trataba de hacer un estudio comparativo entre los casos, por ello se buscó hacer una interpretación de los procesos participativos con los diferentes matices en los que se los pudiera encontrar y a partir de esas muestras particulares se fue construyendo el estudio de casos múltiple para ir conociendo los aspectos estructurales que se dieran con relación al objeto de estudio de forma exhaustiva y en profundidad, sin que existiera una pretensión de generalización, por lo menos no de tipo estadística (Runkel citado por Stake, 1998, p. 42).

Los procesos de participación infantil en los programas de promoción de la salud resultaron específicos y complejos en su estructura y funcionamiento, ello invitó a conocerlos muy bien, observando su desarrollo, lo que sucedía en ellos, su significado con lo que se fue reorientando la observación del fenómeno. En efecto, lo que se buscó en este trabajo de investigación fue la *familiarización* con los procesos de participación de los niños para advertir cómo fueron las luchas ante las limitaciones, cómo se hizo frente a los problemas, cuáles fueron las dificultades o cómo fueron favorecidos. Se intentó descubrir por qué, a pesar de que la participación infantil es un elemento nuclear para el éxito del modelo de

promoción de la salud, existen problemas, actitudes conflictivas alrededor de ella y una compleja historia del programa en términos de participación de los niños. Ahora bien, el planteamiento de la pregunta alrededor del fenómeno de estudio se constituyó en el elemento central en esta investigación, sin embargo, en este estudio de casos las condiciones contextuales en las que se desarrolló el fenómeno tomaron una gran relevancia porque el fenómeno social no podía ser aislado de su contexto y por lo tanto se precisó de una serie elevada de encuentros para identificar la gran variedad de factores que influyeron, pero que al funcionar en conjunto formaron el todo que se quería comprender, en ese sentido, se identifica en la investigación la esencia del trabajo hermenéutico.

Identificación y definición de los principales hallazgos (empíricos y teóricos)
(máximo 800 palabras)

Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página

La producción de regímenes de verdad y mecanismos de intervención:

El sistema de gobierno dominante desde su propia racionalidad política, define los dispositivos de poder con los que pretende el dominio y control de las estructuras económicas, culturales y sociales. En este ejercicio soberano, la instalación de subjetividades individuales y colectivas resulta una herramienta muy efectiva para hacer pensar y actuar de la forma en que se requiere. Desde las diferentes ciencias modernas se han generado saberes/poderes que procuran actuar sobre los cuerpos y mentes de los sujetos para hacer de ellos material útil en la producción, consumo y acumulación de bienes/servicios que, como actividades conformes al mundo de mercado, respondan al ordenamiento capitalista.

Particularmente, la institución salud ha jugado un papel central en la creación y difusión de regímenes de verdad y mecanismos de intervención que promueven la acción de los adultos para disponer de los niños como objetos de intervención, no solo, como diría el mismo Foucault (1999c, p. 333), produciendo “un número óptimo de niños, sino también de gestionar convenientemente esta edad de la vida”.

La instalación de subjetividades:

Las resistencias a la participación infantil han sido el resultado de la instalación de subjetividades individuales y colectivas que definieron y definen pensamientos, significados, deseos e intereses frente a la niñez y en consecuencia frente a la participación infantil. Las resistencias de los maestros, profesionales del programa, padres y de los mismos niños a la participación infantil, dan cuenta de la firmeza con que fueron instaladas las subjetividades relacionadas con el concepto de la niñez moderna, aunque estén en confrontación con las subjetividades que se encuentran en proceso de instalación. En efecto, las resistencias en los tres casos estudiados, son *negaciones subjetivas* que provienen de las *subjetividades instaladas*, las cuales entran en confrontación con las *subjetividades en instalación* lo que, en la perspectiva de los actores sociales, expresa la renuncia al sometimiento de sí mismo, que es pretendido por el poder soberano para establecer prescripciones sociales y construir realidades determinadas. Tales confrontaciones no permiten tener una idea clara de lo que se está pensando en el conjunto de la sociedad porque existen tantas significaciones, sentidos, deseos e intereses como sujetos en el mundo.

Para la instalación de subjetividades individuales y colectivas se han utilizado tecnologías de poder que van más allá del control de lo biológico, lo somático, lo corporal (anatomopolítica/ biopolítica). En efecto, en la posmodernidad se pretende el control del cuerpo, pero especialmente de la mente del sujeto a través de la construcción de nuevas verdades que ayuden a producir realidades conforme a lo esperado. Estas tecnologías de poder no solo desarticulan los cuerpos sino también las mentes con las que construyen unos *modos particulares de ser sujetos*.

La construcción de contextos funcionales al poder soberano:

Las subjetividades instaladas conforman contextos cargados de obstáculos que se comportan como fuerzas que ejercen un efecto negativo sobre las posibilidades para desarrollar procesos participativos con los niños. Estas fuerzas las he llamado los *nudos contextuales*, que están referidos a lo objetivable y conspicuo del problema, a aquello que conforma la urdimbre visible pero que vela y protege las verdaderas resistencias a la participación infantil.

Son las instituciones parte de los dispositivos de poder que producen técnicas disciplinarias y de control, para ayudar a producir realidades a través de la configuración de sujetos y subjetividades individuales y colectivas que sean fieles al propósito soberano. Los sujetos son sometidos a técnicas de disciplinamiento y control para moldear sus pensamientos, acciones y deseos que no acogen la participación infantil como el derecho que tienen los niños y niñas para inmiscuirse en los asuntos que son de su interés. Las técnicas de disciplinamiento son tangibles en los programas de promoción de la salud que se ofrecen en las IED, pues en ellos persisten la medicalización, la intrasectorialidad y la marginación de los sujetos en la construcción de políticas y programas.

En efecto, suele seguirse el modelo *top-down* para la elaboración de políticas y programas, y ello alude al poder soberano que establece el control sobre los procesos de construcción e instalación de estas políticas y programas, de manera que, bajo una perspectiva piramidal, el soberano está en el vértice para tener toda la capacidad de control. Desde ese vértice, el poder desciende y se distribuye en una sola dirección hacia la base, en la que están ubicados los sectores vulnerables, los excluidos, los dominados, y dentro de ellos los niños y las niñas. En la perspectiva de Aguilar (1993), este modelo de implementación de políticas tiene como soporte el pensamiento racionalista propio de la modernidad, que alardeando de la eficacia y la eficiencia, pretende unos resultados definidos sobre los sujetos individuales y colectivos.

El modelo top-down para la construcción e implementación de políticas de salud, revela los propósitos de disciplinamiento y control como mecanismos de apropiación de los cuerpos y mentes de los sujetos. De ahí la importancia de la estadística como herramienta para registrar, medir y cuantificar la cobertura de las acciones derivadas de las políticas y programas, en los que la concertación, la participación y el reconocimiento del otro, no son parte constitutiva, ni requisito para el trabajo con las comunidades. El modelo lesiona entonces la motivación y el interés de la comunidad, compromete la autonomía del sujeto y margina a los implicados de los asuntos relacionados con su propia salud. Eso es justamente lo que expresan los actores sociales en esta investigación.

Observaciones hechas por los autores de la ficha (Esta casilla es fundamental para la configuración de las conclusiones del proceso de sistematización)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La tesis se organiza en nueve capítulos 2. El primer capítulo permite ubicar el problema en un marco contextual y justifica la investigación y la necesidad de responder a las preguntas que orientan el trabajo. 3. En el capítulo dos se realiza un recorrido por la producción teórica alrededor del tema de la participación infantil 4. Son abordados en este mismo capítulo los marcos contextuales y jurídicos para la participación infantil. 5. En el capítulo cuatro se plantea una breve reseña histórica de la salud escolar hasta el día de hoy 6. En el capítulo cinco se describen las IED y se caracteriza a la población de estudio 7. En los capítulos seis y siete se presentan los nudos contextuales y las resistencias a la participación infantil 8. En el capítulo ocho se presentan las perspectivas de los niños y niñas a través de los dibujos realizados por ellos. 	
Productos derivados de la tesis (artículos, libros, capítulos de libro, ponencias, cartillas)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dos artículos para publicación en revistas indexadas. 2. Un capítulo de libro. 3. Una ponencia internacional. 4. Una ponencia nacional. 	

LISTADO DE SIGLAS

AD-M19	Alianza Democrática Movimiento 19 de Abril
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
APP	Alianza Para el Progreso
APS	Atención Primaria en Salud
ARP	Administradora de Riesgos Profesionales
ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
ATEP	Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDN	Convención Internacional sobre los Derechos del Niño
CIPS	Curso Internacional de Promoción de la Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CPC	Comité de Participación Comunitaria
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESES	Empresas Sociales del Estado
E.U.	Estados Unidos
FMI	Fondo Monetario Internacional
GSI	Gestión Social Integral
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IED	Institución Educativa del Distrito
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MANTHOC	Movimiento de Adolescentes y Niños Trabajadores
Hijos de Obreros Cristianos	
MC	Manual de Convivencia
NNATS	Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PDA	Proyecto de Desarrollo de Autonomía
PEDAFI	Plan de Educación Familiar para el
Desarrollo Infantil	
PEI	Proyecto Educativo Institucional
PES	Proyecto de Educación Sexual
PET	Proyectos Educativos Transversales
PMI	Plan de Mejoramiento Institucional
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
PRAES	Proyecto de Educación Ambiental
SAC	Salud al Colegio
SISD	Secretaría de Integración Social del Distrito
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SED	Secretaría de Educación del Distrito
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SMLV	Salario Mínimo Legal Vigente
SPT/2000	Salud para Todos en el año 2000
SUPERVIVIR	Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo
Infantil	
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la
Educación, la Ciencia y la Cultura	
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPA	Unidad Primaria de Atención
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CONTENIDO

RESUMEN	23
INTRODUCCIÓN	25
CAPÍTULO I	29
LA CONFIGURACIÓN DEL CAMPO PROBLÉMICO	29
1.1 ANTECEDENTES	29
1.2 JUSTIFICACIÓN	40
1.3 OBJETIVOS.....	44
CAPÍTULO II	48
LOS RECORRIDOS TEÓRICOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN INFANTIL	48
2.1 LAS TENDENCIAS TEÓRICAS RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN INFANTIL	48
2.1.1 La participación infantil desde la perspectiva de derechos	49
2.1.2 La participación infantil como estrategia de desarrollo de capacidades	55
2.1.3 La participación infantil con relación a la ciudadanía y la democracia	63
2.2 REFERENTES TEÓRICOS	70
2.2.1 La participación infantil en la sociedad disciplinaria.....	73
2.2.2 La participación infantil en la sociedad de control	79
2.3 EL MARCO JURÍDICO CONTEMPORÁNEO PARA LA PARTICIPACIÓN INFANTIL	82
2.3.1 La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño	82
2.3.2 La Constitución Política de Colombia.....	86
2.3.3 Ley del Sistema de Seguridad Social Integral.....	87
2.3.4 Ley General de Educación	88
2.3.5 Ley de la Infancia y la Adolescencia.....	89
2.3.6 Los Conpes	90
2.4 LAS CATEGORÍAS Y LOS CONCEPTOS DE LA INVESTIGACIÓN	92
2.4.1 La categoría niñez	92
2.4.2 El concepto de participación infantil.....	94
2.4.3 El concepto de promoción de la salud	99
CUADRO 1. CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	103
2.4.4 El concepto de resistencia	106
CAPÍTULO III	112
LA RUTA METODOLÓGICA PARA LA COMPRENSIÓN/INTERPRETACIÓN	112
3.1 LAS TÉCNICAS METODOLÓGICAS	114
CUADRO 2. LAS TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	119
FIGURA 1. FASES DEL PROCESO DE PREPARACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	122
CAPÍTULO IV	125

LA SALUD ESCOLAR EN COLOMBIA	125
4.1 BREVE RESEÑA DE LA SALUD ESCOLAR EN COLOMBIA	125
4.2 EL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO	139
CUADRO 3. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS DEL	
PROGRAMA SALUD AL COLEGIO	144
CAPÍTULO V	159
LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS	159
Y LA CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES	159
5.1 LOS COLEGIOS QUE ASUMEN COMO CASOS.....	160
5.1.1 El colegio caso uno	160
MAPA 1. UBICACIÓN DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN BOGOTÁ.....	160
5.1.2 El colegio caso dos.....	161
MAPA 2. UBICACIÓN DE LA LOCALIDAD DE BOSA EN BOGOTÁ.....	162
5.1.3 El colegio caso tres	163
MAPA 3. UBICACIÓN DE LA LOCALIDAD CIUDAD BOLÍVAR EN	
BOGOTÁ	163
5.2 ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS DE LOS CASOS.....	164
5.2.1 Documentos del caso uno	165
5.2.2 Documentos del caso dos.....	169
CUADRO 5. MATRIZ DE ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS DEL CASO	
DOS	169
5.2.3 Documentos del caso tres.....	175
5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ACTORES SOCIALES.....	179
5.3.1 Características de los niños y niñas.....	180
TABLA 1	180
EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	180
TABLA 2	181
AFILIACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AL SISTEMA DE SALUD	181
TABLA 3	182
PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS NIÑOS Y NIÑAS	182
TABLA 4	183
PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	183
TABLA 5	183
NÚMERO DE HERMANOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	183
TABLA 6	184
ACTIVIDADES DE APOYO QUE REALIZAN LOS NIÑOS Y NIÑAS EN EL	
HOGAR	184
TABLA 7	185
EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	185
TABLA 8	186
EDAD DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	186
TABLA 9	186
NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.....	186
TABLA 10	187
NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.....	187
TABLA 11	188

<i>OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS</i>	188
TABLA 12	189
<i>OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS</i>	189
5.3.3 Características de los maestros	189
5.3.4 Características de los profesionales del programa SAC	191
6.1 LA DISCIPLINA Y EL CONTROL COMO ESTRATEGIAS DEL PODER SOBERANO	196
6.2 ALGUNAS FRAGILIDADES DEL PROGRAMA	211
6.3 EL CONTEXTO SOCIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	246
7.1 SIGNIFICADOS PRÓXIMOS A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL	267
7.2 EL CONCEPTO CONTEMPORÁNEO DE LA NIÑEZ	283
7.4 SIGNIFICADOS SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	302
<i>FIGURA 4. DIBUJO ELABORADO POR UNA NIÑA DE 9 AÑOS. CASO 1</i>	313
<i>FIGURA 5. DIBUJO ELABORADO POR NIÑA DE 10 AÑOS. CASO 2</i>	314
<i>FIGURA 6. DIBUJO ELABORADO POR NIÑO DE 9 AÑOS. CASO 3</i>	314
<i>FIGURA 7. DIBUJO ELABORADO POR UN NIÑO DE 9 AÑOS. CASO 3</i>	316
<i>FIGURA 8. DIBUJO ELABORADO POR NIÑO DE 10 AÑOS. CASO 2</i>	316
<i>FIGURA 9. DIBUJO ELABORADO POR NIÑO DE 8 AÑOS. CASO 2</i>	318
<i>FIGURA 10. DIBUJO ELABORADO POR UNA NIÑA DE 10 AÑOS. CASO 3</i>	320
<i>FIGURA 11. DIBUJO ELABORADO POR UN NIÑO DE 8 AÑOS. CASO 1</i>	322
<i>FIGURA 12. DIBUJO ELABORADO POR UNA NIÑA DE 9 AÑOS. CASO 2</i> ..	324
<i>FIGURA 13. DIBUJO ELABORADO POR UNA NIÑA DE 9 AÑOS. CASO 2</i> ..	326
9.1.1 Regímenes de verdad y mecanismos de intervención modernos	330
9.1.2 Regímenes de verdad y mecanismos de intervención posmodernos	332
9.2 LA INSTALACIÓN DE SUBJETIVIDADES	337
9.2.1 Las subjetividades relacionadas con la participación infantil.....	338
9.2.2 Las subjetividades relacionadas con la niñez.....	342
9.2.3 Las subjetividades relacionadas con el discurso de los derechos	345
9.2.4 Las subjetividades relacionadas con la promoción de la salud.....	347

RESUMEN

Introducción: Aunque existe un gran avance en materia de derechos de los niños, la participación infantil continúa siendo un asunto retórico porque se han configurado *procesos de resistencia* a esta participación que, particularmente en el campo de la salud, siguen colocando a los niños como simples receptores de iniciativas institucionales que impiden el disfrute pleno de este derecho. Así, se propone analizar estos procesos de resistencia en el marco de los programas de promoción de la salud, en tres instituciones educativas del distrito de Bogotá-Colombia.

Método: Se realizó un *estudio de casos múltiple instrumental con enfoque hermenéutico* para comprender/interpretar las resistencias a la participación infantil. A partir del análisis de los *textos de interacción* dentro del contexto y en las particulares situaciones sociales, se indagó por los aspectos estructurales de estas resistencias. La información fue recogida a través de la evidencia documental, la observación directa, las entrevistas en profundidad, las encuestas, y los dibujos y narrativas de los niños. Los datos cualitativos se organizaron y clasificaron en archivos electrónicos de texto e imagen, y los datos cuantitativos se ordenaron en una base de datos en Microsoft Excel. El proceso de análisis e interpretación se realizó con la ayuda de la herramienta informática Atlas Ti Versión 6.2

Resultados: Se identificaron dos niveles situacionales íntimamente relacionados: 1. Los nudos contextuales que funcionan como fuerzas múltiples que obstaculizan la participación infantil y 2. Las resistencias propiamente dichas que resultan de la confrontación entre subjetividades instaladas y subjetividades en instalación provenientes de la racionalidad política propia del momento.

Conclusiones: En los programas de promoción de la salud escolar, son evidentes los procesos de resistencia a la participación infantil que suponen un nivel bajo de involucramiento de los niños con respecto a su propia salud, la de su familia y de la comunidad en la que viven. Estos procesos de resistencia están relacionados con la prevalencia del concepto moderno de niñez que tiene un efecto directo sobre otras

categorías relacionadas y que en conjunto se derivan de la instalación de subjetividades coherentes con la racionalidad política dominante.

Palabras clave: derechos de los niños, participación infantil, promoción de la salud, escuela promotora de salud, programa salud al colegio.

INTRODUCCIÓN

Es indudable que desde el siglo XX se ha logrado un avance importante en materia de derechos humanos y especialmente en derechos de los niños, pero la participación infantil¹ continúa siendo principalmente un asunto retórico, por cuanto no existen suficientes garantías para el disfrute pleno de este derecho. En esta investigación se plantea que existen procesos de resistencia a esta participación que, se presume, tienen como base la concepción de niñez formada desde comienzos de la sociedad moderna. En efecto, los niños siguen siendo pensados como seres en proceso, incompletos, incapaces y vulnerables que requieren principalmente acciones de cuidado, protección, inversión y educación enmarcadas en una relación en la que prevalece la dirección, custodia y tutelaje por parte de los adultos hacia unos seres dependientes que deben aprender a obedecer, a ser dóciles y disciplinados.

La formación de esa idea de niñez se fue configurando como un elemento constitutivo de la racionalidad de un capitalismo naciente, para la que era necesario “inventar” cuerpos dóciles que al ser institucionalizados y sometidos a un proceso continuo, sostenido y prolongado de disciplinamiento, daría lugar a sujetos aptos para la producción (Foucault, 1976, p. 139). Con esa intención, a comienzos de la modernidad², y como parte de los dispositivos del poder disciplinario, se elabora una política de salud que buscaba elevar el nivel de salud de toda la población, incluidos los niños, para ir haciendo de ellos sujetos productivos. Sin embargo, esa intención productiva como propósito final de la racionalidad capitalista se muestra insuficiente a lo largo de la modernidad, por ello, en la segunda posguerra del siglo

¹ El concepto de participación infantil en este proyecto se toma como sinónimo del concepto participación de los niños y niñas por cuanto en la bibliografía revisada no parece existir una diferencia entre estos dos y su uso permite dar fluidez a la redacción del documento.

² La sociedad disciplinaria foucaultiana coincide con lo que otros autores han llamado modernidad y la sociedad de control deleuziana coincide con la perspectiva de posmodernidad.

XX se empieza a configurar un nuevo tipo de sociedad, la llamada sociedad de *control*, en la que se requerirá pensar a los niños como sujetos dinámicos, activos, sujetos de derechos, de manera que se estimule un nuevo tipo de relación entre adultos y niños que cuestione el disciplinamiento y la normalización. La política de salud de esta nueva sociedad ya no se limitaría a la optimización de los cuerpos para la producción, sino que ahora sería imperativo fabricar cuerpos y mentes para el consumo, es decir para producir *sujetos de deseo*.

Sin embargo, las estrategias, discursos, tecnologías y representaciones de la sociedad disciplinaria no desaparecen del todo, así como tampoco terminan por tomar lugar las de la sociedad de control, lo que devela una época transicional en la que entran en coexistencia pensamientos, prácticas y actitudes que provocan conflicto y tensión. En el campo de la salud por ejemplo, se difunden ampliamente los discursos de los derechos y de la promoción de la salud para los cuales la participación es un elemento central; pero en la práctica se desconoce a los niños como protagonistas sociales porque persiste el concepto moderno que los sugiere como sujetos en proceso de crecimiento y desarrollo, sin capacidad de razón y acción en los asuntos relacionados con su salud. En consecuencia, persiste una salud pública medicalizada propia de la sociedad disciplinaria que diseña y formula políticas públicas de salud infantil con una lógica centralizada y vertical que invalida a los niños como interlocutores.

Desde lo dicho, surgió el interés por estudiar y comprender los procesos de resistencia a la participación infantil que se producen o no en el marco de los programas de promoción de la salud, ofrecidos en instituciones educativas del distrito de Bogotá. Por ello, fueron propuestos como objetivos el análisis de las bases teóricas y conceptuales sobre las cuales se apoya la participación infantil en estos programas, el análisis de las prácticas de participación infantil, la generación de un marco explicativo del estado o situación de los componentes de los programas de promoción relacionados con la participación infantil, la indagación por las miradas, perspectivas, posiciones y argumentaciones de los actores comprometidos

en los procesos participativos de estos programas, la identificación de los factores que obstaculizan la participación infantil en los programas de promoción, la generación de esquemas interpretativos referidos a las relaciones que se producen entre los factores mencionados y los estados descritos, y el establecimiento de patrones vinculantes entre esas relaciones para llegar a un modelo comprensivo.

Así pues, se realizó un *estudio de casos múltiple instrumental con enfoque hermenéutico*, en tanto se quería aprender de cada caso en particular de manera profunda, interpretando los procesos de participación infantil con los diferentes matices en que se pudieran encontrar, de forma que a partir de los casos, se hiciera un análisis que recogiera la *interacción entre los individuos* dentro de su propio contexto y en sus particulares situaciones sociales, pues era a partir de ello que se podía llegar a la interpretación y comprensión hermenéutica de esa realidad.

La recolección de la información se realizó durante dos momentos: la visita inicial y la fase de recolección propiamente dicha. Así, la información fue capturada a través de registros de campo, videos, reproductores de audio y fotografías para luego ser vertida en archivos electrónicos. Las fuentes fueron conformadas por los documentos relacionados, las personas (niños y niñas, educadores, padres de familia, profesionales de salud), los lugares y los acontecimientos, dentro de los cuales el encuentro niños-profesionales de salud tuvo particular importancia, en tanto a partir de esos encuentros se inició el trabajo investigativo. Las herramientas para la recolección de la información incluyeron la evidencia documental, observación directa, entrevistas individual y focal, encuestas, entrevistas a informadores clave, dibujos y cuadernos viajeros. Los datos recogidos, independientemente de las fuentes y herramientas, se organizaron y clasificaron por temáticas en archivos electrónicos de texto e imagen para cada caso, su análisis e interpretación se inició con la segmentación y codificación, para luego pasar a un nivel de relacionamiento entre códigos, elaboración de asertos primarios y secundarios, narraciones temáticas y narración final que dieron cuenta de lo que

podría ser la respuesta a la pregunta central del trabajo investigativo, todo ello con la ayuda de la herramienta informática Atlas Ti Versión 6.2.

El análisis de los resultados confirma la tesis sobre la existencia de procesos de resistencia a la participación infantil. Se identificaron dos niveles situacionales íntimamente relacionados que afectan la posibilidad de los niños para participar en los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Estos niveles se encuentran circunscritos a la la constitución de la institución salud como dispositivo productor de regímenes de verdad y mecanismos de intervención social como parte del modelo de gobernanza; la configuración de sujetos a través de la instalación de subjetividades individuales y colectivas relacionadas con la participación infantil, la niñez, el enfoque de derechos y la promoción de la salud; y la construcción de contextos sociales funcionales al poder soberano.

CAPÍTULO I

LA CONFIGURACIÓN DEL CAMPO PROBLÉMICO

1.1 Antecedentes

La institución salud de finales del siglo XVII y hasta parte del siglo XX se constituye en uno de los principales alcances de la racionalidad política que dominaría a la sociedad europea durante la modernidad. Así es que esta institución emerge como parte del dispositivo de poder que procuraba actuar sobre el cuerpo individual y colectivo para estudiarlo, comprenderlo, dominarlo, asistirlo, curarlo y hacer de él una herramienta útil para la producción económica, en medio de la configuración de una sociedad construida para la consolidación del capitalismo.

Con esa intención, el hospital, que en la edad media fungiera como institución para mantener cierto orden público, constituyéndose en el albergue de los pobres, enfermos, mendigos, huérfanos y viajeros, se transforma en la modernidad como lugar de encierro para los enfermos en general, pero en el que particularmente los niños, desde una óptica intrasectorial, medicalizada y dominada por *regímenes de verdad*³, se hacían *material* necesario para la construcción de una sociedad cuyos estándares de salud fueran óptimos. En efecto, los cuerpos infantiles fueron contruidos desde las disciplinas nacientes de la modernidad como cuerpos inmaduros, frágiles y enfermizos que exigían su estudio, análisis e intervención, de manera que se consolida toda una *anatomopolítica*⁴ que derivaría en prácticas de diagnóstico, tratamiento y curación especialmente pensadas para la debilidad.

³ El concepto *regímenes de verdad* es tomado en este trabajo en el sentido asumido por Castro-Gómez (2009) quien asegura que estos regímenes son discursos provenientes de las disciplinas emergentes en la modernidad como la medicina, biología, microbiología, pediatría y puericultura, y de diversos mecanismos de intervención como los programas de higiene, nutrición, vacunación, buen trato, etc.

⁴ La anatomopolítica es el término utilizado por Michel Foucault para referirse a esa “política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos,

Y en consonancia con esa nueva racionalidad política, la salud pública, basada también en la intrasectorialidad, medicalización y sus regímenes de verdad, consolida una *biopolítica*⁵ expresada en el interés por la salud de la población infantil que derivaría en políticas de protección, crianza pautada, higiene, nutrición, inmunización y trato adecuado para hacer de ese grupo poblacional “un cuerpo social productivo que debe ser homogéneo y potenciabile” (Sánchez, 2007, p. 31).

Articulado el sector salud a la nueva tecnología política y con la intención de afianzar la sociedad productiva, se requería la expansión de la recién construida categoría *niñez* para que estuviera al servicio de la racionalidad política del momento. Así pues, el concepto toma particular importancia e invade otros sectores sociales que aún mantenían la idea medieval de los niños como adultos pequeños.

Algunos estudios relacionados con la historia de la infancia (Alzate, 2002; Ariès, 1993; Bajo y Betrán, 1998; De Mause, 1982; Sáenz, Saldarriaga y Ospina, 1997) aseguran que la categoría *niñez*, empezó a tomar forma para la sociedad moderna desde el siglo XVI cuando se produjo un cambio de actitud frente a lo que significaban los niños para la sociedad de la edad media, pues en esa época, los sucesos relacionados con la infancia no tenían la importancia que se les asigna en la modernidad porque los niños se encontraban en un mundo del que hacían parte como adultos pequeños, de ahí el largo tiempo que permanecieron en el anonimato y el desinterés general.

A partir del siglo XVII el concepto moderno de niñez se consolida como parte de esa tecnología política que intentaba responder a los intereses de la también

de sus gestos, de sus comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone” (Foucault, 1976, p. 141).

5 Foucault explica la biopolítica como esa manera en que a partir del siglo XVIII, se buscó racionalizar los problemas planteados al gobierno por las dinámicas propias de un conjunto de seres vivientes en cuanto población: salud, higiene, natalidad, longevidad, raza. En ese sentido, la biopolítica, es el poder gubernamental sobre la vida del cuerpo múltiple, la masa, la población (Foucault, 1994).

naciente *sociedad disciplinaria*⁶. Y aunque fueron muchas las transformaciones sociales durante esta época, los fenómenos políticos, económicos, teórico-científicos e ideológicos aportaron enormemente en la construcción de un nuevo significado que sobre los niños y niñas tendría la sociedad.

Así es que se empieza a mirar la niñez como ese grupo poblacional de seres inmaduros e incompletos, en proceso de formación y aprendizaje, cuya incapacidad y debilidad los convierte en objetos de protección, cuidado e inversión afectiva y emocional (Cussiánovich, 2010a). Con esta mirada, se instituye un nuevo rol para el adulto quien al actuar como padre, maestro, psicólogo o médico asume su encargo en la conducción, disciplinamiento, corrección, tratamiento y curación que debe concluir en la optimización de los cuerpos infantiles hasta la obtención de un sujeto adulto productivo. Este encargo llevó al *encierro* de los infantes quienes quedaron reducidos al espacio doméstico, íntimo, privado, en definitiva a una mayor cercanía con ese adulto disciplinador con quien establecería unas relaciones jerárquicas, incluidas allí sus respectivas asimetrías, en las que el adulto, siendo una víctima más del modelo de sociedad disciplinaria que se imponía, asumió una posición de autoridad y el niño una condición de subordinación que finalmente los llevaría a la pérdida de la libre vinculación entre ellos.

Así se fueron reproduciendo a lo largo de la modernidad, patrones adultocéntricos que nutren los procesos que se resisten a mirar la infancia como un sector transformador del mundo que los rodea y que siguen siendo la manifestación inequívoca de la extensión del poder disciplinario, cuyo código de normalización al introducirse de manera profunda en el cuerpo social, abarcó todas las instituciones sociales.

⁶ La sociedad disciplinaria es un concepto del filósofo francés Michel Foucault que señala a una sociedad como aquella “en la cual el comando social se construye a través de una difusa red de dispositivos o aparatos que producen y regulan costumbres, hábitos y prácticas productivas” (Hardt y Negri, 2002, p. 25). La época en la que emerge la sociedad disciplinaria foucaultiana es la misma época que para otros autores se define como sociedad moderna.

Dicho de otro modo, la nueva tecnología política montó todo un dispositivo de control de aquello que tenía que ver con la infancia: la salud, el ambiente en el que crecía, la educación, la vivienda, pero a la vez, generó mecanismos para disciplinar y corregir la aparente debilidad cognitiva, moral y emocional de los niños, para vigilarlos en ese encierro e ir haciendo de ellos lo que aún no eran, en resumidas cuentas para hacerlos objeto del panóptico⁷.

Para la segunda posguerra del siglo XX se empieza a configurar un nuevo tipo de racionalidad política y con ella la necesidad de construir una nueva sociedad, la llamada *sociedad de control*⁸. Y aunque no desaparecen del todo las tecnologías de poder de la sociedad disciplinaria, otras nuevas empiezan a tomar forma de la mano de nuevos discursos.

La institución salud se consolida como pieza clave en este nuevo engranaje y por ello no es ajena a estos cambios. En efecto, esta institución debe responder ahora no solo al mantenimiento de unos niveles óptimos de salud individual y especialmente colectiva para formar sujetos productivos, sino también a la producción de sujetos *deseantes* para el consumo.

⁷ Foucault se basa en la construcción teórica que hace Bentham del panóptico y lo describe como “*un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro. El anillo estaba dividido en pequeñas celdas que daban al interior y exterior y en cada una de esas pequeñas celdas había, según los objetivos de la institución, un niño aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero expiando sus culpas, un loco actualizando su locura, etc. En la torre central había un vigilante y como cada celda daba al mismo tiempo al exterior y al interior, la mirada del vigilante podía atravesar toda la celda; en ella no había ningún punto de sombra y, por consiguiente, todo lo que el individuo hacía estaba expuesto a la mirada de un vigilante que observaba a través de persianas, postigos semi-cerrados, de tal modo que podía ver todo sin que nadie, a su vez, pudiera verlo*” (Foucault, 1978, p. 43).

⁸ La sociedad de control deleuziana es “*aquella [...] en la cual los mecanismos de comando se tornan aún más democráticos, aún más inmanentes al campo social, distribuidos a través de los cuerpos y las mentes de los ciudadanos*” (Hardt y Negri, 2002, p. 25).

Como parte de los mecanismos del poder disciplinario que se mantienen en el sector salud, continúa el dominio por *regímenes de verdad* que amparan la medicalización y la intrasectorialidad en el nuevo tipo de sociedad que se configura. Así es como en la sociedad de control, el hospital centra sus esfuerzos en la recuperación de la salud individual a través de acciones diagnósticas, curativas y de rehabilitación, lo que le genera cierta pérdida de protagonismo que lo reduce a una institución eminentemente terapéutica que cede su protagonismo a una salud pública que emerge deliberadamente anclada al sistema político y económico imperante.

En efecto, tal y como lo ha indicado Foucault (1999a), la política de salud pública ya no pretende al individuo sano al servicio del Estado, sino más bien a un Estado al servicio de la población para que ésta alcance un mejor nivel de salud, de manera que se intenta una política cercana a la comunidad, pues ella se encontraba totalmente marginada de las acciones que pretendían mejorar sus condiciones de salud. Esta transformación plantea un potente discurso relacionado con el *derecho a la salud* en el que ésta se convierte en objeto de verdadera lucha política que, por un lado, requiere la intervención estatal a través de mecanismos de vigilancia y control y, por el otro, exige la configuración de estrategias que promuevan la lucha de las comunidades por exigirlo. La intervención estatal y la exigencia de este derecho son consecuencia del componente económico en el que la salud es *deseada* como bien de consumo en una lógica capitalista de mercado.

Pues bien, con el propósito de ayudar e incluso de exigir el mantenimiento de la salud de la población, se impone una estrategia política que sin abandonar la medicalización de la enfermedad ahora medicaliza la salud, de manera que los regímenes de verdad médicos son incorporados en ámbitos que hasta ese momento no eran de la competencia del saber médico (Foucault, 1999c). Así pues, el entorno de las personas en el que confluyen factores que afectan la salud, los estilos de vida que impactan la salud y la organización de la atención en salud en la que se define

la intensidad, calidad, regularidad y orden de la prestación de los servicios son ahora componentes esenciales del saber médico (Foucault, 1999a, p. 352).

La extensión de los regímenes de verdad médicos a nuevos campos de la salud contribuye eficientemente a la construcción de sujetos *deseantes*. La salud del cuerpo y el deseo por conseguirla, determina la constitución de la salud como objeto de consumo, de manera que es producida por unos para ser consumida por otros. La medicina en la sociedad de control deja de ser fundamentalmente clínica para entrar en el ámbito de lo público y con ello garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo (productores) como elemento esencial de las tecnologías de poder disciplinario que se mantienen, pero también para configurar sujetos de deseo (consumidores) de un bien llamado salud como imperativo en este tipo de sociedad de control.

Y aunque la medicalización y sus regímenes de verdad se vienen preparando desde el siglo XVII y continúan en la actualidad, a comienzos del siglo XX se produce cierto estancamiento en ese proceso pese a los grandes avances científicos y técnicos que en ese momento los respaldaban. Este estancamiento solo puede ser explicado por la circulación de una serie de trabajos innovadores que planteaban la duda sobre la relación directa existente entre el mantenimiento de la salud y la asistencia médica, así como el reconocimiento de que la salud depende de determinantes sociales y de acciones integrales y sostenibles. Son conocidos los trabajos de Virchow (citado por Navarro 2009), Chadwick (1842), Talley (citado por Foucault, 1999a), Lalonde (1974), Illich (1975) y McKeown (1990), quienes desde diversas perspectivas defendieron la tesis que los factores sociales tenían un mayor impacto sobre la salud de la población que la asistencia médica. Así pues, el acceso a los alimentos, al agua potable, la higiene, las conductas adecuadas en salud, la educación (particularmente de las mujeres) y los ingresos familiares entre otros, tenían una mayor influencia sobre las tasas de morbilidad y mortalidad de la población, que el consumo médico.

Los trabajos de éstos y otros autores, provocaron en el mundo occidental una creciente demanda por una salud pública que fuera capaz de liberarse de la hegemonía médica y sus regímenes de verdad. Así surge la *nueva salud pública*, como la llamarían algunos, que apela al modelo de la *promoción de la salud* como elemento teórico central. En este modelo se recogen valores y principios como la equidad, la justicia social y el desarrollo humano; enfoques como los determinantes sociales de la salud; y estrategias como la salud en todas las políticas, la intersectorialidad, el empoderamiento, la competencia cultural, la alfabetización en salud y la efectividad-evidencias de las acciones en salud.

Y aunque la promoción de la salud no se la inventó la modernidad, su filosofía moderna basada en la des-medicalización de la salud, avanzó con un enfoque político en el que ya no se precisaba de sujetos disciplinados y dóciles, sino de sujetos autónomos, que fueran capaces de participar en la consecución de su propia salud para avanzar hacia procesos más complejos que implicarían la integralidad, la complementariedad, la intersectorialidad y la sostenibilidad de las acciones en salud. Es por eso que, para el caso particular de los niños y niñas, se requiere construir también una nueva concepción de niñez que entienda a este grupo poblacional como sujetos con capacidades, dinámicos, activos, hacedores de mundo, sujetos de derechos; que plantee un nuevo tipo de relación entre los adultos y los niños, de manera que se cuestionen la asimetría en las relaciones, la verticalidad, las prácticas y pautas de crianza concebidas desde el disciplinamiento, la homogenización y la normalización.

Pero a pesar de la acogida de este discurso como forma de resistencia a la medicalización, sus regímenes de verdad y mecanismos de acción, la promoción de la salud resultaría cooptada por la intención expansionista y de consolidación del capitalismo, en la que se aparentan procesos más democráticos, a través de nuevos mecanismos de dominación y nuevos regímenes de verdad.

Como consecuencia de lo anterior y en aparente alianza con los sectores resistentes a la medicalización de la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizaron en el año 1978 en Alma-Ata (Kazajistán) la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, para exhortar a todos los gobiernos del mundo, al personal comprometido con la salud y el desarrollo social y a toda la comunidad mundial a proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo sobre la base de reconocer la salud como un derecho que obliga a todos los sectores sociales a trabajar conjuntamente para obtenerla. El resultado de esta conferencia se traduce en la estrategia *Salud para Todos en el año 2000*, la cual fue aceptada como política institucional en la 34a Asamblea Mundial de la Salud.

Estos antecedentes aportaron en la profundización de los debates relacionados con la salud que exigían mirar con más detenimiento el concepto de la promoción de la salud, el que se constituyó en el principal elemento de discusión en la *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud* en Ottawa (Canadá) en 1986. En esa conferencia se elaboró y emitió la Carta de Ottawa, la que se ha convertido en el documento conceptual, político y operacional más importante de este paradigma.

He dicho que el aspecto conceptual de la promoción de la salud problematiza la medicalización de la salud pública, sus regímenes de verdad y la hegemonía y verticalidad en la formulación de las políticas públicas de salud. Ahora bien, en su aspecto político y operacional, la promoción de la salud supone devolver el poder a la comunidad y a los individuos para que sean ellos mismos los que controlen los aspectos que determinan su salud sobre la base de que ésta es un derecho.

Desde la primera conferencia sobre promoción de la salud hasta hoy, han pasado veintisiete años y durante ese tiempo se han realizado seis conferencias más

que han colocado a la promoción de la salud como el paradigma de salud pública que le da importancia a la formulación de políticas públicas que promueven la salud, a la creación de entornos saludables, al fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la comunidad, al desarrollo de habilidades necesarias para una vida sana, a la reorientación de los servicios de salud, y concluye que la asistencia médica no puede por sí sola actuar en favor de la salud de la población, sino que requiere de la acción coordinada de todos los sectores sociales, en la que la participación efectiva y concreta de las comunidades e individuos es un requerimiento.

Toda esta experiencia acumulada aporta en la conceptualización de la promoción de la salud que pasa por entenderla de diversas formas: como paradigma, modelo de intervención en salud, estrategia de acción, política de Estado, movimiento salubrista mundial, elemento central de la nueva salud pública, campo de conocimiento, pero que esencialmente se asume como el mecanismo para:

[...] proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social en un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (CIPS, 2005, p. 5).

De lo anterior se deriva que para la promoción de la salud, la participación individual y colectiva es esencial en la consecución de los objetivos y por ello las

personas se constituyen en el centro de las acciones y procesos, pues solo así, es posible garantizar que las intervenciones institucionales sean eficientes, eficaces y sostenibles, y que se pueda alcanzar el impacto de los programas y políticas sobre el desarrollo de las comunidades. De lo contrario, se podrán seguir invirtiendo millones y millones de dólares para mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades pero sin su participación no será posible el cambio (Easterly, 2006).

El discurso de la promoción se va apoderando cada vez más de los espacios en los que transcurre la cotidianidad de las personas. A escala mundial, son muchas las experiencias de promoción de la salud para el desarrollo de espacios saludables que han conformado ciudades, pueblos, municipios e islas saludables, barrios, parques, hoteles y mercados saludables, y más recientemente hospitales, lugares de trabajo, escuelas y universidades promotoras de salud. En estas dos últimas, se ha intentado la asociación del sector educativo y de salud con la pretensión de incluir a los niños, niñas y jóvenes en actividades saludables que puedan resultar de su interés, pues se sabe que es en los espacios educativos donde los niños y niñas, adolescentes y jóvenes pasan la mayor parte del tiempo, exponiéndose a la influencia de ideas, preferencias, costumbres y modos de actuar que provienen de múltiples sectores como las familias, educadores, profesionales de salud, personal administrativo y condiscípulos, quienes de manera permanente están presentes en la configuración de los estilos y hábitos de vida.

Dada la confluencia de estos sectores en las instituciones educativas, éstas se constituyen en un espacio ideal para introducir programas y acciones de promoción de la salud, establecer coordinación intersectorial en favor de la prevención de enfermedades y la creación de entornos propicios para desarrollar estilos de vida saludables, estimular factores protectores de la salud y la vida, y promocionar la ciudadanía y la democracia a través de la participación de la comunidad educativa que facilite un mayor control sobre sus condiciones de salud y bienestar.

La experiencia internacional ha mostrado que la sostenibilidad de los programas de promoción de la salud en las escuelas requiere de la participación activa de toda la comunidad educativa, pero especialmente de los niños y niñas. Así pues, los niños y las niñas de las instituciones educativas deben asumir un papel protagónico en la promoción de la salud escolar y por ello necesitan estar implicados en los programas de salud, lo que significa superar la participación infantil como simple consulta o contribución y lograr un nivel de autonomía tal que les permita hacer gestión en beneficio de su propia salud. Para lograr este nivel de empoderamiento, los niños y niñas deben ser alfabetizados en el tema de la salud para que desarrollen capacidades y habilidades personales en participación, logren actitudes saludables y cuenten con oportunidades y medios para participar.

Actualmente en Bogotá, la promoción de la salud en las instituciones educativas del distrito, toma forma en el programa *Salud al Colegio* (en adelante SAC), que además de tener un fuerte énfasis en promoción, también lo hace en prevención de la enfermedad en la población escolar, asistencia en situaciones de enfermedad, y abogacía por los derechos a la salud ante las empresas prestadoras de estos servicios, es decir Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). SAC busca generar espacios que permitan a un grupo de profesionales de diferentes áreas⁹ acompañar y amparar a la población escolar frente a riesgos como el maltrato, el abuso, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la desnutrición, la explotación en el trabajo infantil, y educar en salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y visual, en convivencia, derechos humanos, uso del tiempo libre y proyectos ambientales. Esta estrategia de los sectores de educación y salud se basa en la idea de su reciprocidad, pues como asegura Meresman (2005, párr. 2) solamente una niña o niño sano cuenta con las condiciones adecuadas para aprender y aprovechar

⁹ Están conformados varios equipos de Salud al Colegio integrados por profesionales de las áreas de salud, educación y ciencias sociales, quienes diariamente visitan los colegios para abordar temas de salud pública, ya no desde la hegemonía médica, sino desde perspectivas socioculturales para enfrentar los factores que afectan la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolarizados.

plenamente la escuela, pero además quienes aprenden a proteger su salud podrán tomar decisiones responsables y actuarán prudentemente frente a ella.

Con lo dicho hasta aquí, se puede asegurar que el discurso de la promoción de la salud, por lo menos teóricamente, parece sólido y consistente no solo por la evolución que han tenido sus marcos conceptuales, sino por el alimento que toma de los enfoques de justicia social, desarrollo humano y derechos. Particularmente de este último enfoque toma la participación en salud como un derecho de los implicados y la convierte en la columna vertebral de todo el proceso de planificación de las acciones en promoción de la salud (CIPS, 2005).

1.2 Justificación

Pero a pesar del gran avance en materia de derechos humanos y especialmente en derechos de los niños en el siglo XX, de la existencia de múltiples acuerdos internacionales y del amplio marco legal colombiano que los soporta, así como del aumento en producción científica que desde diferentes áreas del conocimiento reconocen la importancia de la participación infantil y del interés de sectores gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer mecanismos que empoderen a los niños y niñas, sigue existiendo una tendencia evitable que tiene que ver con *procesos de resistencia a la participación infantil*. Estos procesos de resistencia continúan colocando a los niños y niñas, especialmente en el campo de la salud, como simples receptores de campañas e iniciativas sectoriales y aunque se han realizado esfuerzos puntuales, aún no son claros los lugares desde dónde debe expresarse la infancia, así como tampoco para qué se expresa. La resistencia a la participación infantil impide el pleno disfrute de este derecho, no sólo en los espacios cotidianos en los que los niños y niñas nacen, crecen, juegan y viven, sino en aquellos lugares donde se toman decisiones sobre los asuntos que les interesa y afecta.

En esta investigación se asume la *participación infantil* como una necesidad intrínseca del ser humano infante que se expresa en el conjunto de acciones con las que los niños entran en un proceso colaborativo y de relacionamiento intersubjetivo con otros niños y/o adultos; un proceso que debe estar signado por la valía, el respeto y el reconocimiento de sí mismos y de los otros, que les permite a los niños, desde sus propios procesos de crecimiento, desarrollo y maduración, expresar opiniones, asumir posturas, lograr acuerdos, tomar decisiones en conjunto e influir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales del mundo en el que viven. Desde esta definición de participación infantil, se sostiene como tesis central en la investigación que los procesos de resistencia a esa participación en el marco de los programas de promoción, tienen que ver con la prevalencia de la concepción moderna de niñez en el mundo contemporáneo, prevalencia que está definida por técnicas de poder disciplinario que requieren actuar sobre el cuerpo de los sujetos (individual y colectivo) a través de los regímenes de verdad médicos y mecanismos de intervención. Más aún, las resistencias a la participación infantil tienen que ver con subjetividades instaladas, las que, por las necesidades del mundo contemporáneo, deben ser desinstaladas para dar paso a nuevas formas de pensar que sean coherentes con el orden social que todavía se encuentra en proceso de construcción.

En efecto, en la sociedad contemporánea aún no se abandonan las estrategias, discursos y representaciones de la sociedad disciplinaria, así como tampoco terminan por tomar lugar las de la sociedad de control, de manera que se produce una *coexistencia* de ideas, significados, deseos y motivaciones que entran en conflicto entre sí configurando la complejidad social que en la actualidad se manifiesta.

En el campo de la salud por ejemplo, a pesar de los discursos de la promoción de la salud, de los derechos, de la justicia y el desarrollo humano, la salud pública medicalizada y dominada por regímenes de verdad y técnicas de intervención propias de la sociedad disciplinaria, se mantiene en la práctica hasta el

día de hoy. Se ha normalizado la formulación de políticas públicas en salud infantil desde una lógica centralizada y vertical, que desconoce a los niños como sujetos, social, económica y políticamente activos. En ese sentido, estas políticas de salud infantil¹⁰ en su mayoría carecen de la adecuación a la realidad local porque aún no se aceptan del todo los procesos participativos, se continúa desconociendo el papel que los niños y niñas han tenido a lo largo de la historia de la humanidad en la reproducción y construcción social, se niega la validez de sus experiencias de vida, de sus sentimientos, de sus apreciaciones, sus verdaderos requerimientos, la existencia de una gran variedad de infancias con necesidades diversas y se asumen los niños y niñas como seres irrelevantes, insubstanciales, no actuantes, impidiendo ver en ellos al otro válido, desconociendo, como diría James et al citados por Smith, que “la otredad sostenida es la condición necesaria para comprender a los niños, misma que surge de la diferencia que comprende la relación entre los adultos y los niños” (2007, p. 181).

En consecuencia, la persistencia de la perspectiva hegemónica medicalizada e intrasectorial en la salud pública, ha impedido que se alcancen con satisfacción metas y objetivos propuestos para la salud de la población. La promesa en Alma-Ata de lograr la *Salud para todos en el año 2000* no se cumplió y con certeza tampoco lo harán los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* para el 2015, aun cuando se hayan reducido de manera drástica los propósitos que los organismos internacionales y los gobiernos del mundo se habían comprometido a cumplir en declaraciones anteriores. Y aunque es cierto que los indicadores de salud muestran una tendencia a la mejoría en el nivel de salud de la población mundial en el último siglo, también lo es que se espera un aumento de la mortalidad en varias regiones del mundo a causa de enfermedades ocasionadas por conductas riesgosas¹¹ que

¹⁰ En el discurso de la promoción de la salud se tiene presente que los procesos relacionados con la construcción de políticas y programas están condicionados por procesos sociales y subjetivos que deben ser atendidos en la formulación de esas políticas y programas de salud.

¹¹ La Organización Mundial para la Salud dio a conocer el estudio que contiene las proyecciones de las principales causas de mortalidad hasta el 2030. En él se establece que la mortalidad a causa del VIH

exigen el desarrollo de habilidades y competencias personales y colectivas para promocionar, proteger y mantener la salud propia, de la familia y de la comunidad, así como la creación de entornos que las apoyen.

De lo anterior se deriva que las resistencias hacia la participación de los niños y niñas se constituyen entonces en otro factor que determinará de manera negativa el estado de salud, el bienestar y calidad de vida de este grupo poblacional, pues al no reconocerlos como protagonistas sociales, menospreciando sus distintas explicaciones para la enfermedad e invalidando sus acciones para afrontar su propia salud, se impedirá el desarrollo de habilidades para el cuidado de la salud y se potenciarán conductas riesgosas que ayudarán a que persistan problemas de gran impacto para este grupo etario.

Destacada la salud como un derecho humano fundamental en conexión con la vida que requiere de la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos; es imperativo plantear la participación en salud como ese proceso a través del cual las personas o grupos son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, económicas, sociales y culturales para hacerle frente a sus necesidades (OMS, 1986).

Pero cuando se revisan los informes técnicos de entidades que trabajan por la niñez se encuentra por ejemplo que aunque la población colombiana está calculada actualmente en algo así como 45.509.584 de personas y que de ella el 29% son niños y niñas menores de 15 años (Fundación Corona; Fundación Santa Fe de Bogotá y cols., 2010), los niños continúan creciendo en condiciones que no son las más deseables.

aumentará en algunas partes del mundo y que se espera un incremento de problemas relacionados con el tabaquismo, el sobrepeso y la presión sanguínea (OMS, 2002).

Los informes de investigación de múltiples entidades señalan que los niños y niñas aún mueren por causas que se pueden evitar (UNICEF, 2009), que los homicidios y suicidios han provocado muchas víctimas en este grupo etario (Min. Protección Social, 2009; INMLCF, 2008), las enfermedades de transmisión sexual y particularmente el VIH van en aumento para ellos (Min. Protección Social, 2009), el embarazo precoz en la mayoría de los casos es una opción de vida que las adolescentes asumen para escapar de su difícil realidad, la violencia y explotación sexual afectan de manera particular a los niños (Min. Protección Social, 2009; ONU, 2009), la explotación laboral es mucho más intensa en los niños trabajadores que en otros grupos, el consumo de sustancias lícitas e ilícitas (drogas, alcohol y tabaco) son problemas que afectan de manera cada vez más prematura a los niños (Min. Protección Social, 2009), la condición de desplazamiento cuenta con muchos niños dentro de sus víctimas (Contraloría General de la Nación, 2009), los grupos alzados en armas tienen muchos menores de edad en sus filas, los niños se constituyen en objeto de secuestro para extorsionar a las familias (ONU, 2009), la falta de oportunidades en salud, educación, alimentación, recreación y deporte inducen a los niños a ser parte de grupos al margen de la ley (ATI, 2004; ONU, 2009).

Y como si fuera poco, los dirigentes políticos haciendo caso omiso de esta realidad, pretenden juzgar y condenar a los niños infractores de la misma manera que lo hacen con los adultos, desconociendo con ello que su vinculación a grupos delictivos es consecuencia del desequilibrio político, económico y social en el que viven.

1.3 Objetivos

Con toda esta problemática que afecta a los niños y niñas de Colombia, es un imperativo reivindicar el derecho que ellos tienen a la participación en los programas de promoción de la salud, no solo a partir de la difusión social de un concepto de niñez basado en experiencias exitosas de participación, sino desde el

empoderamiento real de los niños y niñas en los asuntos relacionados con su salud. Este empoderamiento está referido al proceso mediante el cual los niños, con la colaboración de los adultos, desarrollan capacidades y habilidades básicas en el cuidado de la salud que impacten de manera efectiva las condiciones sociales, económicas y políticas subyacentes.

Así pues, se requiere potenciar la participación infantil en los programas de promoción de la salud como estrategia para lograr un nivel deseado de salud, lo que implica la identificación de los factores que obstaculizan estos procesos y las resistencias instaladas en los actores sociales. En consecuencia, surgió el interés por hacer un análisis en profundidad de los procesos de participación infantil en el marco de los programas de promoción de la salud que se asumen desde el programa SAC, con la intención de comprender cómo acontecen las dinámicas, tensiones, contradicciones en el contexto educativo alrededor del tema de la participación de los niños.

Los procesos de resistencia social a la participación infantil son entendidos en esta investigación como el conjunto de pensamientos influenciados por significaciones, sentimientos, deseos e intereses particulares que derivan en una actitud de *negación* hacia el derecho que tienen los niños a participar en los asuntos relacionados con su salud. Para comprender/interpretar estas resistencias, se planteó un estudio instrumental de casos múltiples con enfoque hermenéutico en tres Instituciones Educativas del Distrito (IED) de Bogotá, en las que se entró en contacto con un grupo de profesionales del programa SAC, maestros, padres de familia, y niños y niñas de educación básica primaria quienes se encontraban en calidad de beneficiarios de los programas de promoción de la salud, y vinculados como estudiantes activos en la institución educativa. Esto implicó que la perspectiva de los niños y niñas, maestros y directivas de las instituciones educativas, padres de familia y trabajadores del sector salud, así como los documentos relacionados fueran considerados como la fuente y principio básico para responder a las preguntas formuladas.

Aunque para la elaboración del estado del arte de esta investigación se hallaron múltiples y variadas experiencias investigativas relacionadas con el tema, la revisión bibliográfica dejó en evidencia la necesidad de profundizar en categorías teóricas y continuar construyendo rutas metodológicas que permitan ampliar el marco comprensivo para aproximarse a los fenómenos sociales relacionados con la participación infantil en el campo de la salud. Las prácticas, actitudes y discursos sociales que mantienen una forma particular de entender a la niñez debieron ser atendidos para dar cuenta del efecto que pueden tener sobre los programas de promoción de la salud y su éxito.

En ese sentido, conocer en profundidad los procesos de resistencia a la participación de los niños y niñas en el marco de los programas de promoción de la salud, exigió en primer lugar revelar la base teórica sobre la cual está apoyada esta participación en los programas, para luego indagar sobre las prácticas, visiones, perspectivas y argumentaciones de los actores comprometidos en esta acción y con ello identificar ambientes, estrategias, motivaciones, herramientas u obstáculos relacionados con los procesos participativos de los niños y niñas para, finalmente, construir un marco comprensivo amplio. Con la expectativa de aportar elementos en favor de la participación infantil, en todos los procesos relacionados con su salud, de manera que los niños puedan tener el control sobre las decisiones y acciones que determinarán su estado de salud, a través de la expresión de sus propias necesidades, el planteamiento de sus preocupaciones, el diseño de estrategias de participación para la toma de decisiones y proponer acciones que influyan en las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que modelan la salud.

De manera más amplia, la participación infantil en la promoción de la salud ayudará a cumplir con el compromiso que el Estado colombiano adquirió ante el mundo en las declaraciones internacionales con relación a los derechos de los niños, y a lograr la coherencia necesaria con el marco legal colombiano que soporta estos derechos. De igual forma, se espera avanzar en el quiebre de la cultura adultocéntrica que hasta el día de hoy ha perpetuado en muchos sectores acciones

lesivas, ha estimulado prácticas correctivas y conductas verticales que sostienen y estimulan unas particulares formas de socialización en las que el abuso, el maltrato y la explotación de los niños y niñas han sido habituales.

CAPÍTULO II

LOS RECORRIDOS TEÓRICOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

La conformación del *corpus* documental requerido para esta investigación no tenía la pretensión de hacer una búsqueda exhaustiva relacionada con este tema, pero sí quería recoger las experiencias internacionales y nacionales que hicieran parte de los casos más significativos. Se obtuvo una gran cantidad de material referido al tema de la participación infantil, de manera que fueron tomados solamente los documentos publicados desde el año 1997 en adelante.

En efecto, el material encontrado da cuenta de la gran actividad investigativa relacionada con el tema de estudio, de las múltiples aproximaciones teórico-metodológicas utilizadas y del interés que despierta en muchas áreas del conocimiento y en diversos sectores sociales y de la academia el tema de la participación de los niños y niñas. Sin embargo, la producción investigativa deja ver la necesidad de profundizar en categorías, así como en construir otras rutas metodológicas y otras técnicas que permitan medir el desarrollo y orientación de la participación infantil, particularmente en el sector salud, en el que, paradójicamente, la participación se alza como un elemento central en el discurso de la promoción de la salud.

2.1 Las tendencias teóricas relacionadas con la participación infantil

El material revisado sobre el tema de la participación infantil permite identificar tres tendencias. En primer lugar, se encuentran varias investigaciones que abordan esta participación desde la perspectiva de los derechos; en segundo lugar, aparecen los trabajos que se ocupan de la participación de los niños y niñas como una estrategia para el desarrollo de sus capacidades individuales y sociales; y

en tercer lugar, están las investigaciones que son estructuradas desde la inseparable relación participación-ciudadanía y democracia.

Cualquiera que sea la aproximación, parece ser un común denominador para todos los autores, el interés por posicionar el tema de la participación infantil en la agenda pública e intentar concienciar a la sociedad contemporánea sobre la necesidad de visibilizar a los niños y niñas, hacerlos partícipes de los asuntos que les interesa e impactar de manera real y positiva en las condiciones de vida de este sector poblacional que históricamente ha sido objeto de abusos por parte de la sociedad occidental (Zapata, 2001). En efecto, todas estas experiencias investigativas parecen reclamar de manera unánime un mundo mejor, más justo, incluyente y respetuoso para los niños y niñas de hoy.

2.1.1 La participación infantil desde la perspectiva de derechos

Tal vez es esta perspectiva en la que se encuentra mayormente concentrada la producción investigativa relacionada con el tema de participación infantil y, si bien, ésta como tema de reflexión e investigación científica es relativamente reciente, tanto ella como el discurso de los derechos de los niños y niñas, de donde la primera tomó fuerza, tienen un largo recorrido.

Como se dijo, en la cultura occidental se inició desde el siglo XVI un cambio de actitud frente a lo que significaban los niños y niñas para la sociedad; ese cambio se fue profundizando a partir del siglo XVIII por la influencia de grandes pensadores europeos como Rousseau, Pestalozzi, Fröbel y Spencer entre otros, quienes produjeron elementos teóricos y filosóficos valiosos para el tema de la niñez, elementos que posteriormente conformarían los cimientos del sentido inicial del discurso de los derechos de los niños y niñas.

En la literatura del siglo XIX resultaron sugestivas las obras *Oliver Twist*, *Corazón* y *El Niño* de Charles Dickens, Edmundo de Amicis y Jules Vallés

respectivamente, por cuanto exponían ese mundo olvidado y mísero de la infancia. A finales de ese siglo y comienzos del siglo XX, tales obras estimularon la vinculación al discurso de los derechos de los niños las ideas relacionadas con la debilidad y vulnerabilidad de la infancia, hasta el punto que se impuso el pensamiento *proteccionista* y de *provisión* en el que el adulto debía garantizar a los niños la satisfacción de todas sus necesidades.

En las dos primeras décadas del siglo XX, Estados Unidos experimenta en su sector educativo una serie de ideas novedosas provenientes de un grupo de pedagogos en cabeza de John Dewey y William Heard Kilpatrick quienes se enmarcaron en el *progresismo pedagógico*. Dewey cambió la perspectiva pedagógica introduciendo como elementos nucleares del aprendizaje de los niños la experiencia y la problematización. Para Kilpatrick, el éxito del aprendizaje se centraría más en la necesidad de ofrecer a los niños una información suficiente, experiencias de análisis, toma de decisiones y la conformación de grupos de trabajo alrededor de un tema de interés para ellos. Así las cosas, se fueron conformando las asambleas escolares y tomaron forma el *método de los proyectos* y las experiencias participativas en el aula. Kilpatrick basado en la educación activa de Pestalozzi, empezó a impactar en el medio pedagógico pues “el protagonista era el niño porque le permitía implicarse activamente en la transformación de la realidad desde el compromiso y la gestión activa” (Novella, 2008, p. 6).

En Latinoamérica la experiencia educativa del pedagogo uruguayo José H. Figueira en la primera década del siglo XX, se constituye en un antecedente importante de la Declaración sobre los Derechos de los Niños por cuanto en su trabajo se consigna la idea de los niños como personas con derechos, y la responsabilidad compartida entre la familia y el Estado para garantizarlos. Para la segunda década de este mismo siglo, en Inglaterra se dio inicio a un movimiento en favor de los niños y niñas bajo el nombre de *Save the Children* con el que se intentaba agitar la conciencia social a partir de la revelación de las condiciones en las que muchos vivían, pues en el ámbito doméstico y escolar de la época,

prevalecía el abuso de poder de los adultos sobre los niños para criarlos y educarlos. Poco a poco se iba configurando un discurso de los derechos que indicaba la importancia de los niños para la sociedad, pero a la vez se fortalecía un pensamiento paternalista y autoritario de un adulto que buscaba el cuidado, la protección, el control y el disciplinamiento de los más pequeños. Estas ideas relacionadas con la niñez se siguen manteniendo hasta el día de hoy e incluso, en algunos sectores sociales se reclaman. En consecuencia, las normas internacionales que aparecieron a comienzos del siglo XX en diversos países mostraron características ambiguas, pues por un lado se veían ideas novedosas y progresistas para la época, pero a la vez se mantenían ideas que negaban los derechos básicos de los niños y niñas incluida allí su participación (Rojas, 2007).

Durante el siglo XX y antes de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), la participación infantil ya era reconocida especialmente en el marco de la educación y de la acción social, y el discurso de los derechos ya estaba posicionado en la mayoría de los países del mundo occidental. Para esa época, América latina se encontraba experimentando una serie de movimientos sociales¹² que tal vez se constituyeron en el mejor de los escenarios para que tanto la participación de los niños y niñas como el discurso de los derechos empezaran a tomar lugar en esta sociedad.

Sin embargo, fue tan solo hasta el año 1980 cuando el tema de la participación de los niños y niñas ocupó un lugar importante en la discusión durante las negociaciones en torno a la redacción de la CDN (Van Dijk, 2007) y solo a

¹² Se sugiere revisar los interesantes trabajos del profesor peruano Alejandro Cussiánovich relacionados con la historia de las organizaciones de NATs – Niños y Adolescentes Trabajadores en Perú y otros países de América Latina; se citan aquí como ejemplos los artículos “*Aportes del Manthoc en treinta años de vida al pensamiento social sobre infancia – Notas para un ensayo*”; “*El largo e inacabado camino de emancipación de los niños, niñas y adolescentes de nuestra región latinoamericana*” y “*Treinta y tres años de vida y acción de los NATs por la dignidad en el Perú*”, recogidos en Cussiánovich, A. (2010b). *Ensayos sobre Infancia II. Sujeto de Derechos y Protagonista*. Lima: Ifejant.

partir de ella, se produjo una explosión importante de trabajos de reflexión e investigación que provenían tanto de entidades civiles como de organizaciones gubernamentales (Baratta, 1998; Bartlett, Hart, Satterthwait et al., 2004; Crowley, 1998; Galvis, 2006; Hart, Himes y Lansdown, 1998; Lansdown, 2005; Medina, 2000; Pérez, 1998; Salazar, 2006; Sepúlveda, López y Guaimaro, 2006). Para este grupo de autores la CDN se constituyó en el más importante avance en materia del reconocimiento de los niños y niñas como sujetos, intentando superar con ello la idea de los aún no capaces, por los ahora sí (Ligero y Martínez, 2003).

Los investigadores sociales que aportaron al tema, buscaban que los principios de la CDN relacionados con la participación de los niños y niñas como la expresión libre de su opinión, el ser escuchados y tomados en serio, poder buscar, recibir y difundir información e ideas, formarse un juicio propio, tener libertad de pensamiento y consciencia, libertad de asociación, poder celebrar reuniones, participar activamente en la vida cultural así como en la vida artística, recreativa y de esparcimiento de su mundo (ONU, 1989) fueran preceptos reales, posibles, aplicables y no solo un asunto retórico. Sin embargo, lo planteado en la CDN no ha logrado trascender ni al imaginario ni a las prácticas sociales de los adultos (Ligero y Martínez, 2003).

Siempre basados en el discurso de los derechos y en la CDN, los investigadores sociales interesados en el tema intentaron abrir espacios para la participación de los niños y niñas a través de múltiples experiencias como las consultas infantiles realizadas en España y promovidas por Unicef. En efecto, en 1998 el país ibérico realizó la primera consulta en la que 25.553 niños y niñas de entre 8 y 11 años votaron por lo que ellos consideraron sus principales derechos. En ese mismo sentido se produjo la consulta en el país Vasco, en la que en ese año, logró convocar a 20.000 niños y niñas para que a través de Internet votaran por los derechos que ellos consideraron los más importantes (Alonso, 2003) y si bien, a través de estos ejercicios se puede contribuir a fortalecer la idea en el imaginario

social de que existen unos derechos más importantes que otros, las experiencias de las consultas infantiles resultaron más que valiosas.

Se ha buscado también la opinión libre de los niños y niñas en relación con situaciones o eventos propios de la cotidianidad familiar, escolar o de la comunidad que afectan su vida. Alonso (2003) describe en su trabajo la forma como fueron acondicionados los buzones de infancia en trece municipios del país Vasco en el año 2001, para que los niños de menos de 14 años expresaran sus quejas, deseos, dudas y sentimientos, los cuales serían recogidos y llevados al Ayuntamiento de la región.

Son también muy reconocidas las audiencias públicas en las que los niños hacían llegar sus opiniones y propuestas a la administración municipal mediante encuentros formales con el alcalde de turno. Este tipo de trabajo ha sido muy fuerte en los países europeos y como ejemplo está el Ayuntamiento de Barcelona en el que niños de entre 7 y 11 años, recibían una propuesta temática de su interés para ser trabajada por ellos en el aula de clase y posteriormente en audiencia pública, ser leído su *manifiesto*, el cual pasaba a ser material de trabajo para los políticos y técnicos de la administración local (Novella, 2008).

Atendiendo al derecho a la participación infantil, se han creado también los *consejos de niños* que tienen como referente la ciudad de los niños del italiano Francesco Tonnuci (1998), buscando con ello abrir espacios a su protagonismo a través de la creación de lugares de encuentro entre niños y niñas de 10 y 12 años para que puedan hablar, reflexionar, discutir y definir alternativas en torno a una problemática de la ciudad donde residen (Novella, 2008).

La experiencia de otros autores como Rizzini y Thapliyal (2007) muestra en Río de Janeiro el trabajo con niños y niñas menores de 15 años, quienes identificaron como sus derechos más significativos aquellos relacionados con su seguridad física y mental, con su participación y contribución a la familia y

comunidad, con la dignidad y el reconocimiento de su habilidad para tomar decisiones acerca de sus vidas.

México también aparece como un país en el que se ha tenido una larga experiencia de trabajo relacionada con el tema de la participación infantil. En 1996, noventa organizaciones no gubernamentales se unieron para promover los *foros de consulta infantil y juvenil* generando tal éxito que en el año 1997, Unicef y 30 organizaciones más consultaron a los niños y niñas mexicanas sobre sus derechos. En esta experiencia participaron 3'709.704 de niños quienes definieron como prioritarios el derecho a la escuela, a un entorno adecuado para el sano crecimiento y a la integridad física y emocional. Posteriormente, en una consulta infantil donde participaron 400 organizaciones se consultaron 3'996.067 niños en la que surgió la problemática de la violencia en las prácticas de crianza desde la perspectiva de ellos.

En Colombia, Carvalho y Restrepo (2006) se reunieron con varios grupos organizados de niños y jóvenes de diferentes sectores de Antioquia y lograron conocer la mirada que ellos tenían acerca de la realidad de sus derechos, sus sueños y propuestas para mejorar las condiciones de vida.

En todos estos casos expuestos se han constituido experiencias participativas muy intensas y significativas para los niños y niñas quienes han podido ejercer su derecho a la participación a través de la expresión de su opinión en relación con la vida social. Sin embargo, la mayor parte de estas experiencias de participación se han quedado en el nivel consultivo, en la exploración de la opinión de los niños y no han logrado la sostenibilidad necesaria para avanzar hacia unos niveles de participación auténtica, pues una vez concluida la actividad, todo lo que tiene que ver con las condiciones de los niños vuelve a su estado habitual, de manera que en la cotidianidad la participación infantil no parece ser un derecho constante.

2.1.2 La participación infantil como estrategia de desarrollo de capacidades

La revisión bibliográfica permitió encontrar también otro grupo de investigadores que piensan la participación infantil como una estrategia necesaria para que los niños y niñas desarrollen capacidades tanto en conductas individuales como en conductas sociales. Esta perspectiva se acerca a la idea del *niño con potencia*, por lo que debe ir desarrollando capacidades y competencias a través de variados y frecuentes ejercicios de participación que le brinden la oportunidad de desarrollar un conjunto de ideas y principios para el conocimiento de sí mismo tan necesario en la adopción de la perspectiva del otro sin perder la propia, pues sin la adopción de esta perspectiva sería imposible pensar en un trabajo colaborativo (Abello, 2000; Hart, 1997; Lansdown, 2005).

Así pues, en opinión de este grupo de autores, el desarrollo de la capacidad de adopción de perspectiva del otro es un requisito cognitivo necesario para poder desarrollar muchos otros tipos de conducta social, entre ellas, la conducta prosocial que da cuenta de todos aquellos comportamientos voluntarios que buscan ayudar a los otros. Los estudios relacionados con el tema muestran que el desarrollo de esa perspectiva del otro se produce principalmente en los procesos participativos. Rotherberg citado por Abello (2000), demostró en sus investigaciones la existencia de relaciones positivas significativas entre la toma de perspectiva del otro y el liderazgo, la sociabilidad, la amistad y la cooperación en niños y niñas escolares. Por su lado, Sánchez-Quejía en un estudio con adolescentes encontró que “en la relación con los iguales es donde se fortalecen las conductas empáticas y prosociales” (2006, p. 266). Desde estos estudios se comienza a desmitificar la idea de incapacidad transitoria de los niños, para empezar a verlos como seres cuyas capacidades difieren de las capacidades de los adultos, así lo afirma Gómez citado por Rojas (2007, p. 144) “el niño es una compleja realidad humana que debe ser considerado en su plenitud, es un ser muy diferente al adulto, con inteligencia, cuerpo, deseos y aspiraciones distintas, por tanto, el que quiere hallar en el niño un adulto imperfecto, comete el mayor de los errores, pues en el niño no hay más que

un niño y aceptar esta peculiaridad de su naturaleza, exige la promoción de su activa participación en la sociedad”.

Otros trabajos han mostrado que la participación de los niños y niñas con sus iguales y con los adultos les permite desarrollar la capacidad de comprensión sobre los hechos que acontecen a su alrededor. Rizzini y Thapliyal (2007) estudiaron un grupo de niños y niñas de 8 a 9 años y adolescentes de 14 a 15 años en Río de Janeiro (Brasil) encontrando una enorme capacidad de los niños y jóvenes para articular sus derechos con el contexto de sus vidas cotidianas, pues tomaban en cuenta las dimensiones políticas, sociales y económicas imperantes en su medio. En ese mismo sentido, Carvalho y Restrepo (2006) en su investigación, descubrieron la extraordinaria claridad que tienen los niños y niñas sobre su situación y sobre lo que ésta debería ser, en efecto, los niños antioqueños comprenden, valoran y reclaman sus derechos a la protección, a la familia, a la salud y a la educación, pero además exigen un país sin conflicto armado, sin maltrato infantil y una atención especial para los niños en condición de desplazamiento y con capacidades diferentes de manera que sea efectiva y oportuna por parte del Estado y la sociedad en general. Lo mismo encontró Alonso (2003) en su estudio de España en donde los niños y niñas demostraron su gran capacidad para comprender los problemas mundiales a partir de los cuales exigen la paz.

Zanabria y Fragoso (2006) aseguran que los niños y niñas han desarrollado la capacidad de comprender las situaciones actuales al expresar su interés por mejorar su entorno, por dar a conocer sus derechos a otros niños y padres, por exigir un trato adecuado a las mascotas, por rescatar el derecho que tienen al juego y a los espacios para ejercerlo y por importarles los derechos de otros grupos etarios como los adultos mayores. De igual manera, De Armenteras y col. (2004) exaltan en su investigación la capacidad crítica de los niños y niñas para opinar sobre el entorno que les rodea y describen en su trabajo las preocupaciones que ellos tienen en relación con la protección al medio ambiente, la educación universal, la familia, la

ciudad, los deportes, el género, el tiempo libre, la tercera edad, la cultura y la interculturalidad.

Estos hallazgos de investigación permiten suponer que los niños y niñas nunca se han mantenido al margen de las problemáticas sociales así las intenciones del encierro, el control y el disciplinamiento de las sociedades adultocéntricas quieran hacerlo, pues todos los niños del mundo se inscriben desde su nacimiento en un contexto cuyas condiciones políticas, económicas, ideológicas y culturales propias les afectan y afectarán sus vidas en todos los aspectos. Así lo presenta Smith (2007) en su trabajo con el caso de los niños de Loxicha en México, en el cual demuestra que la niñez también tiene capacidad política y no es posible abstraerla de esa realidad porque esa es su realidad.

En el polémico tema del trabajo infantil por ejemplo, el educador e investigador peruano Cussiánovich plantea la exigencia que hacen los niños, niñas y jóvenes para que los dejen trabajar. Desde allí, este autor ha sido un abanderado en el tema del derecho que tienen los niños y niñas al trabajo y por ello propuso una práctica organizada que les permitiera salir del espacio privado hacia el público, en donde pueden vincularse de manera natural al ejercicio del poder. La experiencia de este autor con organizaciones de niños, niñas y jóvenes trabajadores, le permitió acuñar el término *protagonismo infantil*, con el cual indica la verdadera consumación de la participación de los niños y niñas. En efecto, la participación protagónica para este autor se viene a constituir en “el suceso que permite compartir con el niño el poder que el mundo adulto se ha asignado para sí, de manera que el adulto empieza a reconocer que el aporte del niño es enriquecedor” (Van Dijk, 2007, p. 55). Las experiencias de organizaciones como las de los NNATs (niños, niñas y adolescentes trabajadores del Perú) y más precisamente Ato Colibrí, el MANTHOC y Generación, demuestran la capacidad de los niños trabajadores no solo para exigir su derecho al trabajo digno, sino para asumirlo con responsabilidad y madurez desde la temprana edad.

En nuestra cultura occidental, los sectores con poder hegemónico han pretendido globalizar la idea del trabajo infantil como sinónimo de explotación infantil, pero en otras culturas y en muchos sectores de nuestra propia cultura se ha demostrado que el trabajo de los niños y niñas es una actividad de gran importancia porque “aporta en términos económicos a la familia y a la comunidad, desarrolla capacidades en la generación de responsabilidades y compromisos que preparan para la vida, y aportan en la reproducción cultural” (Urteaga, 2007, p. 101). A este respecto, un grupo de niños y niñas alemanes estudiados por Hungerland y col. (2006) expresaron su deseo, gusto y seriedad frente al trabajo infantil, siempre y cuando éste se dé en condiciones adecuadas y sin riesgos. A través del trabajo infantil, estos niños y niñas no solo se reconocen competentes y útiles para su familia y comunidad, sino que buscan desarrollar capacidades para llegar a una autonomía participativa.

Desde otras áreas del conocimiento se ha aportado en el reconocimiento de la participación como mecanismo para el desarrollo de capacidades en los niños. En una investigación realizada con niños y niñas de entre 5 y 6 años de edad se demuestra la capacidad que ellos desarrollan para emitir cada vez más, valoraciones justificadas de su discurso, esto en un escenario participativo en el que se estimula la argumentación¹³. El autor concluye que “permitir a los niños tener prácticas discursivas grupales favorece en ellos la argumentación, el razonamiento y la aparición de distintos tipos de conocimiento, que no resultan cuando son dejados a la suerte de cada uno” (González, 2007, p. 659). La solución colectiva de un problema y el razonamiento conjunto, “estimularán la capacidad para irse apropiando de estrategias argumentativas, que permiten alcanzar un mayor control de los recursos lingüísticos y cognitivos, hasta adquirir nuevos recursos para producir géneros discursivos más complejos” (González, 2007, p. 673). Aquí, la participación infantil es considerada como un elemento fundamental dado que el “razonamiento se estructura como colectivo, porque la interacción social motiva a

¹³ El autor de esta investigación concibe la argumentación como la toma de postura, justificación de la misma y resolución de la confrontación (González, 2007).

los niños para producir argumentación, para explicar y para profundizar en el significado que ha sido introducido en el discurso” (González, 2007, p. 660).

En esta misma perspectiva, Requejo y Taboada (2001) demuestran en su investigación que a partir de la lectura compartida, los niños y niñas en etapa pre-escolar van desarrollando la capacidad para emitir un discurso en el que es evidente la complejidad de los principios organizadores que allí interactúan. Aunque de entrada, las autoras reconocen una base biológica en el aprendizaje, comprensión y producción del lenguaje, la investigación les permitió identificar una lectura senso-perceptiva de la realidad exterior del mundo objetivo y subjetivo, tramas y sostenes vinculares desde una genealogía social compleja que el niño conoce, nombra y define, aprendizajes y experiencias sociales en diferentes ámbitos y contextos, y condiciones concretas de existencia. Con este estudio, las investigadoras advierten sobre la existencia de una alta complejidad en el discurso infantil, lo que las lleva a comprender por qué muchas veces la oralidad del niño o de la niña no es adecuadamente interpretada por el adulto, quien requiere un gran esfuerzo de comprensión que, la mayoría de las veces, no está dispuesto a conceder.

Estos trabajos relacionados con el desarrollo de la capacidad discursiva de los niños y niñas en ambientes participativos, permiten concluir que no es conveniente adecuarles la información a los niños y niñas porque no los deja desarrollar y desplegar toda su capacidad lingüística y de representación. En ese sentido Requejo y Taboada consideran que es necesario generar espacios de participación en donde sea posible escuchar, confrontar, analizar narraciones y opiniones de los pares y adultos para promover la capacidad argumentativa y de diálogo, la curiosidad epistemológica, y la producción de experiencias auto y socio referenciales significativas para el niño y la niña. Así pues, garantizar en todos los ambientes en los que los niños y niñas hacen presencia el respeto hacia lo que ellos dicen y cómo lo dicen contribuye a fortalecer su identidad lingüística y cultural, gestando situaciones en las que ellos puedan ir descubriendo la importancia de ejercer el derecho a la palabra sin censura, especialmente de los discursos auto-

referenciales, pues solo de esta manera, los niños y niñas asumen la palabra para hablar desde sus palabras, sentimientos, necesidades e intereses. La autoreferenciación de los niños y niñas, según las autoras, cumple la tarea de liberación del pensamiento y de despliegue de la oralidad, pieza fundamental para pasar a la socio referencialidad.

Otros investigadores demuestran que con la participación infantil, los niños y niñas desarrollan la capacidad de influir y transformar el entorno en el que viven. Muñoz (2007) en su trabajo muestra cómo cuando se les promueve a los niños continuar libremente en los procesos, ellos logran un impacto significativo, ganan experiencia y legitimidad ante la comunidad y toman confianza en sí mismos por cuanto van descubriendo que tienen mucho potencial y capacidad para incidir en sus comunidades. Trilla y Novella (2001) coinciden con Muñoz al pensar que cuando se ofrecen los espacios y mecanismos adecuados para que los niños y niñas participen, ellos mismos y los adultos se sorprenden del impacto real que pueden llegar a tener sobre su propio entorno. En ese mismo sentido, Carvalho y Restrepo (2006) reconocen además la gran capacidad de organización y movilización de los niños y niñas, así como el extraordinario nivel de preparación que tienen aquellos que vienen participando en organizaciones ya constituidas. Los autores exaltan en su trabajo la clara oportunidad de aprendizaje de los más pequeños al lado de los grandes, el inmenso potencial de los niños y niñas y su sentido crítico.

Otras experiencias de participación infantil muestran la capacidad de los niños y niñas en la gestión y en el manejo de recursos. Proyectos como el *Ferrocarril de los Pioneros* en Budapest (Hungría), en donde los niños y niñas administraban el tren turístico de la zona; el funcionamiento de un restaurante en Amsterdam (Holanda); la reducción de los accidentes de tráfico que afectaban a los niños y niñas en Suecia; el proyecto escocés *Planificando de verdad* que se replicó a lo largo de todo el Reino Unido hasta África, Asia y América Latina; la *Escuela Hojas Anchas* en Caldas (Colombia) en la que gracias a la flexibilidad del sistema escolar, los niños y niñas podían participar al lado de sus padres en el secado de los

granos de café, desarrollaban actividades relacionadas con el reciclaje, tenían un criadero de peces que generaba ingresos para la comunidad y para la escuela a la que ellos asistían.

Otros ejercicios de participación infantil se registran en los Estados Unidos, donde Rogert Hart (1997a) recoge experiencias como el *Fish Farming Project* en el que los niños y niñas de una escuela local lograron el reconocimiento de su comunidad al generar una fuente de ingresos y un impacto medioambiental importante; el *Proyecto de Atlas de Westminster West* en Vermont en el que los niños y niñas conectaron su trabajo escolar con el de la comunidad; la *Escuela Primaria de Washington de Berkeley en California*, en la que los niños y niñas diseñaron el patio de su escuela.

Hart (1997a) también describe las experiencias de participación infantil en otros países, como es el caso del *Children's Futures Project* de Italia que logró con la participación de los niños y niñas transformar el entorno; la *Escuela Elemental Comunitaria de Cheetham* en la que los niños y niñas participaron en el cultivo y producción de hierbas y hortalizas generando oportunidad de trabajo para los adultos; el proyecto *Knowsley* en el que los niños y niñas participaron en la concienciación de la comunidad sobre el manejo de desechos caninos para evitar problemas de salud en un barrio de Lancashire (Inglaterra).

Otros ejercicios han ofrecido a los niños y niñas espacios de reflexión y organización para que puedan actuar e impactar en su entorno y como muestra de ello aparece una gran variedad de experiencias a nivel latinoamericano tales como el proyecto *Salud y Alegría* de Brasil el que, siendo un proyecto sanitario-comunitario, implicó a los niños y niñas y extendió su alcance hasta el desarrollo sostenible. El programa *Pronomachs* peruano, en el que a través de las escuelas se promovieron los conocimientos de conservación de los Andes peruanos con la participación activa de los niños y niñas, para finalmente lograr la creación de huertas escolares y caseras. La *Escuela Nueva* de Colombia que favoreció nuevos

tipos de organización infantil para que los niños y niñas actuaran como una comunidad democrática. El *Programa del Muchacho Trabajador* del Ecuador en el que se implicó a los niños y niñas desde la primera fase de la investigación, apoyados por un grupo de monitores jóvenes que fueron preparados en la facilitación de la libertad de los niños y en el que se contaba con un grupo muy reducido de adultos que funcionaban como facilitadores de los diferentes proyectos. Este programa fue muy valioso en tanto impulsó la identificación de los problemas medioambientales por parte de los niños y niñas y logró que los adultos reconocieran que ellos no solo eran capaces de tener ideas independientes, sino también trabajar con la comunidad para mejorar el medio ambiente (Hart, 1997a).

En Colombia está el proyecto *Municipios y Ciudades Saludables* que se constituye en una de las primeras propuestas del sector salud para negociar con la sociedad civil la promoción de la salud y el desarrollo sostenible. El caso más exitoso fue el del municipio de Versalles en el Valle del Cauca, en el que se demostró una mejoría significativa en las condiciones de salud y educación de los miembros de la comunidad, pues con la organización y vinculación activa de niños, niñas y jóvenes, se logró asumir no solo la fiscalización de la prestación de los servicios de salud, sino “exigir un programa de prevención de enfermedades que obligó al sector salud a ir más allá de lo que consideraba su responsabilidad” (Lundy, 1999, p. 145). Si bien es cierto que en un primer momento este proceso fue liderado por el sector salud, más tarde se fueron vinculando otros sectores sociales a través de la constitución de diversos grupos, entre ellos el Comité de Participación Comunitaria (CPC) que contaba con el apoyo del CPC infantil y el grupo *Las Gaviotas* conformado por niños y niñas en situación especialmente difícil.

En esta experiencia, la comunidad del municipio de Versalles aportó en la redefinición de los conceptos de participación y calidad de vida. En participación pasaron “[...] de presenciar reuniones, comer refrigerio y escuchar pasivamente a construir y aprovechar las oportunidades de trabajar en la búsqueda del bien común, utilizando las potencialidades de una manera comprometida”; en relación con la

calidad de vida la piensan ahora como “una manera inclusiva, en la cual lo económico está en armonía con lo social, lo ambiental, y donde se potencia la realización del ser humano y su felicidad en todos los campos de acción” (Lundy, 1999, p. 149).

En suma, son muchos y variados los trabajos de investigación producidos alrededor del mundo que muestran las grandes capacidades de los niños y niñas para ser agentes transformadores del medio que les rodea, en apariencia solo resta ofrecerles una base segura, espacios y mecanismos necesarios para favorecer en ellos el desarrollo de esas capacidades, pero además, combatir todos aquellos elementos que obstaculizan los procesos participativos de la infancia. En este sentido, los niños y niñas han manifestado en múltiples escenarios donde han podido expresarse con cierta libertad, que a los adultos se les reconocen derechos y capacidades por el solo hecho de ser adultos, y que el Estado no muestra voluntad política para garantizar el ejercicio de su derecho a la participación, lo que genera desigualdad social y afectación política y económica para los que se excluyen. En consonancia con esa opinión de los niños y niñas, el derecho a la participación no puede ser reducido exclusivamente a la expresión libre de la opinión o a “darle” la oportunidad de ser escuchado como lo plantea la Convención, sino que debe ampliarse a todos los aspectos de la vida social de los niños y niñas de manera que se ponga especial atención a la dimensión política.

2.1.3 La participación infantil con relación a la ciudadanía y la democracia

Fueron también variadas las investigaciones en las que sus autores plantearon la participación infantil como una categoría que no podía ser tratada de manera aislada a los conceptos de ciudadanía y democracia¹⁴. Desde la teoría

¹⁴ El tema de la formación ciudadana y el fortalecimiento de la democracia a través de la participación infantil hoy aparece como elemento central en la investigación en Ciencias Sociales, no solo porque permite establecer una correspondencia entre los análisis macro y micropolíticos, sino porque permiten hacer una diferencia entre teorías centradas en la condición de los niños como simples

moderna de la ciudadanía es bien sabido que el estatus de ciudadano no se reduce a la participación, pero ésta es una condición necesaria para ejercer la ciudadanía, así como es impensable hablar de democracia sin que exista garantía al derecho de la participación de los miembros de una organización social. La participación entonces es un componente nuclear de los conceptos de ciudadanía y democracia, pues ella es el mejor mecanismo para construir ciudadanía y la mejor estrategia para fortalecer un sistema democrático (Acosta y Pineda, 2007; Baratta, 1998; Botero, Torres y Alvarado, 2008; Cajiao, 1998; Conde, 1998; Corona, 2007; Cortina, 1998; Cussiánovich, 2005; Escobar, 1997; Gálvis, 2006; Hart, 1997a; Hernández, 2006; Lansdown, 2001; Linares, 2006; Mejía y Restrepo, 2001).

Sin embargo, es en esta perspectiva en la que se encuentran los mayores vacíos relacionados con el tema de la participación infantil, pues a pesar de los múltiples trabajos de investigación y de las variadas experiencias, no ha sido posible ofrecer una base teórico-jurídica sólida para reconocerles de manera definitiva a los niños la categoría de ciudadanos plenos y dejar de verlos como simples pre-ciudadanos en espera del desarrollo de competencias que los acredite como ciudadanos de verdad.

Cuando se indaga por el concepto moderno de ciudadanía, es frecuente la remisión a una serie de autores que en sus postulaciones teóricas jamás contemplaron a los niños y niñas como ciudadanos. El sociólogo inglés Thomas Humphrey Marshall, quien aportó valiosos elementos teóricos que permitieron avanzar en el desarrollo del concepto para estas sociedades, propuso la ciudadanía como la conjugación de los derechos civiles, políticos y sociales que le aseguraban al acreedor la posibilidad de ejercerlos como miembro activo de la sociedad, dándole garantía de libertades individuales fundamentales, participación democrática y aspiraciones a gozar de una vida digna y buena. En principio, los derechos civiles y políticos fueron restringidos en favor de los hombres blancos,

reproductores sociales y la condición de los niños como agentes transformadores hacia una nueva cultura y orden social.

protestantes y propietarios, lo que en palabras de Baratta (1998), fue un pacto entre individuos para excluir del ejercicio de la ciudadanía a quienes no poseían más que su fuerza de trabajo en un Estado que nacía como tal. Posteriormente, estos derechos fueron extendidos a otros grupos como las mujeres, los afrodescendientes, obreros, judíos y católicos, extensión que nunca llegó a tocar a los niños y niñas, obligándolos a permanecer en una condición de precariedad expresada como *déficit de ciudadanía* (Moreno, 2003). Baratta asegura que la exclusión de los niños y niñas de ese pacto social es una exclusión del ejercicio de la ciudadanía que no sólo es de hecho, sino también de derecho, pues ellos no aparecen como parte contratante del pacto por cuanto se piensa que carecen de facultades para hacerlo (1998).

Will Kymlicka y Wayne Norman (1997) creen que el concepto de ciudadanía requiere una nueva definición para dar cabida al creciente pluralismo social y cultural que, con los procesos de globalización, cada vez se hacen más evidentes. Sin embargo, la pretensión de dar cabida a otros grupos sociales tradicionalmente excluidos, tampoco contempló a los niños y niñas, ni siquiera en esa categoría de *ciudadanía pasiva*¹⁵ en la que otros sectores que involucran adultos segregados, esperan los beneficios concedidos por el Estado sin que exista una verdadera participación en la vida pública, lo que hace suponer que si estos grupos no han logrado obtener los beneficios completos de su condición de ciudadanos, la situación para los niños y niñas es aún más lamentable.

Los planteamientos de Raymond Plant (1974) producen un desafío fundamental al concepto capitalista de ciudadanía cuando sugiere no verla desde el estatus civil y político dejando de lado el estatus social y económico bajo los preceptos del mercado como lo sugiere la nueva derecha, sino más bien, sobre la idea de que existe un derecho a los recursos materiales y al bienestar en el que se

¹⁵ Desde la nueva derecha la ciudadanía pasiva es un concepto en el que se hace énfasis en los derechos puramente pasivos, de tal manera que mientras la persona no cumpla con la obligación de participar en la vida pública, no puede ser aceptado como miembro pleno de una sociedad.

incluyen los derechos a la salud, la educación y el ingreso. Basado en la idea de justicia social, Plant defiende los derechos sociales y económicos argumentando que éstos no pueden ser obtenidos a través del mercado por esfuerzo individual porque existen grupos sociales que no están en igualdad de condiciones para competir bajo las mismas reglas del mercado. La historia del capitalismo ha enseñado que el *laissez faire* se ensaña contra los más pobres y dentro de ellos, las mujeres y los niños resultan siendo los más afectados. Si bien, Plant no tuvo la pretensión de trazar la discusión en beneficio de los niños y niñas, éstos finalmente podrían resultar beneficiados con la inclusión de los derechos sociales y económicos si se les reconoce su condición ciudadana.

La nueva derecha también ha insistido en la idea de las responsabilidades por encima de los derechos, pero es el modelo republicano de ciudadanía el que ha propuesto la condición de ciudadano para aquellos que cuentan con virtudes cívicas, hábitos, disposiciones y carácter, sin embargo esta idea de ciudadanía vista desde las virtudes cívicas resulta excluyendo aún más a los niños y niñas quienes en el pensar contemporáneo, no cuentan con las capacidades definidas desde el mundo adulto, despojándolos de su condición de ciudadanía y perpetuando la idea de los *aún no*.

Justamente es en esta perspectiva en la que se mueve la mayoría de los autores que abordan la participación infantil en relación con los conceptos de ciudadanía y democracia. Sin embargo, estas virtudes cívicas han sido definidas desde el mundo adulto, de tal manera que, por un lado, se transforman en exigencias desproporcionadas para los niños y niñas, por lo que Baratta (1998, p. 11) sostiene “que el argumento de la igualdad ha producido efectos negativos, en cuanto se refiere a la identidad del niño y del adolescente [...], excepciones que han permitido igualar a los adolescentes en sectores delicados, como el del trabajo, el del reclutamiento militar y la edad penal, no solo desde el punto de vista fáctico, como tan frecuentemente ocurre, sino también desde el punto de vista normativo”; y por el otro, plantean un reconocimiento insuficiente de las propias virtudes y valores

culturales con las que cuentan los niños y niñas y que han sido veladas tras la máscara de la incapacidad, virtudes que a lo largo de la historia de la humanidad han enriquecido el tejido social, han aportado al bien común y pueden aportar en la construcción de un nuevo concepto de ciudadanía, lo que en palabras de Baratta (1998, p. 12) significa que “para los niños, el argumento de la diferencia ha producido beneficios mínimos en términos de protección, pero les ha costado en términos de igualdad”.

Aunque hoy no se perciben avances teóricos contundentes relacionados con la teoría de la ciudadanía, el concepto se mueve entre la propuesta de la nueva derecha o modelo de mercado en el que el ciudadano es visto como consumidor y desde ahí los niños y niñas resultan atractivos en tanto “participen activamente” en las decisiones de ese consumo, aunque esas decisiones finalmente sean tomadas por los adultos. La otra propuesta es la del empoderamiento democrático en la que el ciudadano reivindica su derecho a la participación activa en los asuntos públicos y es en esta concepción en que toma valor la participación infantil como elemento fundamental en la consecución del estatus ciudadano. Sin embargo, es preciso señalar que a pesar de esta última propuesta, en la actualidad “no existe ninguna sociedad que ofrezca a los niños una gama completa de oportunidades democráticas y participativas” (Hart, 1997a, p. 89), aunque las experiencias mundiales sobre el tema muestran que en muchos países industrializados los niños y niñas han conseguido, en apariencia, un alto grado de control sobre aspectos relacionados con su cotidianidad, y han podido participar y ser tomados en cuenta tanto para la planificación de espacios abiertos y de recreo, como para la planificación en el gobierno local, pero desafortunadamente la mayoría de estos proyectos no los implican en las fases finales del proceso, perdiéndose de nuevo la posibilidad de ir más allá en el tema de la participación de los niños y niñas.

Con estas dificultades, algunos autores han planteado la necesidad de deconstruir y volver a construir el concepto de ciudadanía debido a que en el actual subyace el poder hegemónico como forma de relación (Cussiánovich, 2005), de ahí

la necesidad de modificar las formas en que el poder se ejerce, pues, volviendo al concepto de ciudadanía, establecer que la condición de ciudadanía se alcanza con la mayoría de edad y con el despliegue de una serie de capacidades que acreditan a la persona como sujeto apto para inmiscuirse en los asuntos públicos, demuestra una forma de relación en la que el poder hegemónico está presente, enraizado.

La propuesta de un nuevo concepto de ciudadanía parece tener asidero en la conjugación de tres elementos que de alguna manera han sido la base del discurso de los derechos humanos y que vienen a conformar la triada *fraternidad, igualdad y libertad*, en donde ésta última es entendida como *no dominación*¹⁶ (Pettit, 1999, p. 242). Así se abre paso una nueva forma de pensar las relaciones niños-adultos, en las que el abuso del poder sea superado y en las que se cuestione la “superioridad” del adulto sobre el niño. Se propone avanzar en la definición de la condición de ciudadanía infantil desde la condición humana, de manera que se respeten los derechos ya ganados y se reconozcan los que hasta ahora les han sido negados por su condición de sujetos en formación. Así como lo asegura Moreno (2007) para ser un verdadero ciudadano en una democracia y para participar en los procesos democráticos, los niños necesitan cierta independencia básica, es decir, libertad como no dominación, porque la dominación se entiende como la relación entre dos o más individuos de forma subordinada, en la que el dominador impone de manera arbitraria su parecer sobre el dominado, sin tener en cuenta su opinión.

Esta nueva perspectiva abre la posibilidad de pensar en el reconocimiento de derechos como la participación política, no solo porque las condiciones actuales del entorno en el que los niños y niñas viven así lo están exigiendo, sino porque a través de variadas experiencias de participación infantil, se expresan las capacidades relacionadas con la comprensión de su propia situación, capacidades para pronunciarse de manera crítica frente a ella y proponer alternativas de solución.

¹⁶ El concepto de libertad como no dominación es propuesto por Pettit quien a partir de un “*republicanismo no perfeccionista*” supone que ningún sector puede tener mayor poder que otro.

En definitiva, continuar con la perspectiva de T.H. Marshall en la que la ciudadanía no es un derecho inherente a la condición humana sino un ideal que debe ser conquistado mediante la ganancia de un repertorio de derechos que a su vez, dependen en gran medida de la expresión de ciertas capacidades y competencias suficientes para acreditar la actuación de un individuo en la vida pública, implicaría continuar bajo el supuesto que los ciudadanos no nacen, sino que se hacen a través del aprendizaje de virtudes ciudadanas, lo que sin lugar a dudas continuaría posponiendo la condición de ciudadanía para los niños y niñas.

En ese sentido, se coincide aquí con Cussiánovich cuando asegura que a los niños y niñas se les debe reconocer su condición de ciudadanía desde el momento mismo del nacimiento dada su condición humana (2005). Lo que debe suceder es que esa condición de completa ciudadanía no puede ser la misma adjudicada a los adultos, sino que ella se debe ir reconfigurando en la medida en que los niños crezcan y en ese proceso se les ofrezcan oportunidades para desarrollar otras competencias ciudadanas que les permita alcanzar cada vez más y mejores aptitudes como personas en sociedad. En palabras de Baratta (1998) el niño, en cualquier fase de su crecimiento y desarrollo, incluso el más pequeño, tiene una ciudadanía plena, que es compatible con la consideración de su diferencia con respecto a los adultos, es decir de su identidad como niño. Esto fortalece la idea que solo a partir de las experiencias frecuentes de participación democrática directa, los niños y niñas empiezan a comprender que esta acción es un derecho que les permite buscar una vida sana y significativa para sí y para los suyos, pero además les permite transformar los sistemas de democracia representativa que, llevados por las fuerzas del mercado, actúan contra la construcción de comunidades y contra la sostenibilidad local para lograr sistemas de democracia participativa en la que los niños y niñas puedan incidir en los asuntos que les interesan. Para Hart (1997a) finalmente, la *democratización infantil* es la consecuencia más clara de la participación infantil.

Es aquí donde Cussiánovich (2005) advierte sobre la importancia de construir dos caminos relacionados con el nuevo discurso sobre la participación infantil para evitar caer otra vez en un estancamiento del tema: la necesidad de institucionalización de dicha participación y la competencia política. Encarar estos retos hace pensar en la participación infantil como un factor definitivo para el desarrollo social porque contribuye, en palabras de Acosta y Pineda (2007), a la transformación de las condiciones de inequidad y pobreza en tanto se consolidan procesos y las personas se hacen más conscientes de su papel como sujetos en sociedad que les exige disfrutar sus derechos y asumir sus deberes como ciudadanos plenos.

Estas tres tendencias investigativas relacionadas con la participación infantil han aportado material valioso en la construcción de una base teórica a partir de la cual es necesario continuar avanzando para construcción categorías, resignificar conceptos y elaborar modelos que permitan modificar prácticas y discursos sociales para considerar la participación de los niños/as no solo como un derecho inherente a la condición humana, sino como la oportunidad para potenciar desde la más temprana edad la capacidad que tienen los seres humanos para construir un mundo más justo e igualitario. La perspectiva de los derechos, el desarrollo de capacidades y la consecución del estatus de ciudadanía para los niños/as desde el momento mismo del nacimiento hace pensar que la participación infantil va más allá de las acciones cotidianas que los niños y niñas han desarrollado a lo largo de la historia de la humanidad y en sus ámbitos habituales. Esta época de cambios exige la participación de los niños/as ya no reducida al espacio privado, sino que debe ocupar el espacio público, en el que los niños/as puedan tomar el control de los asuntos que les interesan y que afectarán su vida y la de los suyos.

2.2 Referentes teóricos

Es bien sabido que antes del siglo XVI los sucesos relacionados con los niños no eran considerados importantes debido, tal vez, a que ellos hacían parte de

la vida cotidiana de la sociedad como adultos en miniatura, lo que imprimía cierta indiferencia hacia este grupo poblacional que los mantuvo durante mucho tiempo en el anonimato.

La crianza, el cuidado y la educación de los niños y niñas ocupaban el interés no solo de su familia, sino del grupo social más próximo, siempre y cuando aquellos fueran hijos legítimos, nacieran sanos, bien formados o sus parientes cercanos les dieran el reconocimiento como miembros de la familia, pero los niños que no cumplían con esas condiciones mínimas podían ser sacrificados, apartados de su familia o abandonados a su suerte.

En efecto, algunos autores contemporáneos que han realizado investigaciones sobre la historia de la infancia, aseguran que ésta no existió antes de la modernidad (Alzate, 2002; Ariès, 1993; Bajo y Betrán, 1998) puesto que los niños nunca fueron considerados como actores principales o como protagonistas de hechos de interés para la humanidad. Así pues, este grupo etario fue mantenido al margen de los grandes acontecimientos históricos y solo hizo su aparición en la modernidad cuando se construyó una concepción de niñez a partir de la cual se reconocen en los niños y niñas características, necesidades, comportamientos y actitudes propias.

Si bien, los niños y niñas a través de la historia de la humanidad han realizado acciones que contribuyen en la reproducción económica, política y cultural de su unidad social, antes no existía preocupación por reconocer tal contribución y aunque algunos autores contemporáneos hablan de ellas como formas de participación infantil, por cuanto los niños y niñas tomaron parte en la organización y desarrollo de sus familias y comunidades, esa participación no puede ser entendida del modo como se propone hoy y más bien, muchas de esas actividades realizadas por los niños pre-modernos y leídas desde las categorías contemporáneas, podrían ser catalogadas en el presente como expresiones de verdadero maltrato y explotación infantil.

Las investigaciones históricas, arqueológicas y genealógicas sobre la infancia, dan cuenta de la forma como, por lo menos en Occidente, eran tratados los niños. Bjorklund y Bjorklund (citados por Shaffer, 2007) aseguran que los cartaginenses por ejemplo, mataban a sus niños como ofrendas en rituales religiosos, o los usaban como “material” para el fortalecimiento de las estructuras de los muros que levantaban en muchas de sus construcciones.

Por su lado, De Mause (1982) sostiene que los romanos tenían el derecho de matar a sus niños si éstos nacían con algún tipo de malformación, eran ilegítimos o no deseados. Una vez prohibido el infanticidio, estos niños romanos eran abandonados, se vendían como sirvientes o para su explotación sexual. De igual manera, en Esparta los niños varones eran sometidos a duros entrenamientos físicos, golpeados brutalmente y sujetos a inanición para hacer de ellos guerreros recios y hábiles durante las batallas.

La edad media no supuso ningún avance en relación con el tratamiento que se daba a los niños, por cuanto eran vistos como adultos en miniatura y por ello compartían muchas actividades, no solo en el trabajo o en el ámbito privado, sino hasta en las fiestas comunales en las que, gracias a la iconografía, se les registró bebiendo en compañía de los adultos. En efecto, en esta época no se hacían distinciones entre los niños y los adultos cuando de castigar una infracción, vestir una prenda o asumir una actitud *madura* se trataba. Esos adultos en miniatura pronto se harían o deberían hacerse completos, pero mientras ello ocurría, no existía ningún tipo de contemplación relacionada con su condición.

Son muchos los registros históricos que dan cuenta de los severos castigos a los que eran sometidos los niños durante el medioevo. Bajo y Betrán por ejemplo, registran en su libro el consejo que da Pablo Diácono a los maestros en relación con estos tratos: “el maestro debe actuar moderadamente y no azotar a los niños con demasiada fuerza, pues tantos azotes y castigos les hacen volver en seguida a sus errores” (1998, p. 119).

En efecto, en una época de luchas, batallas y conquistas, la esperanza de vida era menor, el periodo de infancia se acortaba y la transición hacia la edad adulta ocurría de manera rápida para asegurar un buen número de reclutas que engrosaran las filas del ejército para defender las posesiones del soberano y aumentar la producción en su beneficio.

2.2.1 La participación infantil en la sociedad disciplinaria

Entre los siglos XVI y XIX se produjo un cambio de actitud con respecto a los niños en Occidente, pues se fue forjando en la mentalidad de la sociedad europea la firme convicción de que el tipo de infancia que se viviera, determinaría el adulto del futuro. Esta nueva mentalidad fue ordenada por múltiples factores entre los que caben resaltar:

El proceso de industrialización y con él, la producción mercantil y el tráfico comercial que afectaron de manera considerable la estructura familiar, por cuanto sus miembros se vieron obligados a abandonar el área rural y a establecerse en las ciudades, reduciendo lentamente esa familia extensa a un núcleo más íntimo: el de padres e hijos. Esta nueva forma de vida generó una mayor proximidad entre los miembros de este binomio que produjo un tipo de vínculo particular, una mayor afectividad y unas prácticas de crianza y educación asumidas directamente por los padres y ya no por otros miembros cercanos a la familia.

El pensamiento de humanistas y filósofos sociales reconocidos en esa época, estimularon ideas en la sociedad europea relacionadas con la promoción de la educación temprana para los niños y niñas, el moldeamiento de su conducta y el aprendizaje de las buenas maneras. Si bien, se originaron conceptos aparentemente contrarios entre estos pensadores, se percibía un interés general por aprovechar al máximo las potencias del niño para hacer de él el hombre firme del mañana. Thomas Hobbes por ejemplo, planteó el concepto del *pecado original* y con él la idea sobre los niños como seres egoístas e interesados; por su lado Jean Jacques

Rousseau habló más de la *pureza innata* de los niños y la capacidad de la sociedad para corromperlos; John Locke defendió la idea del niño como *tabula rasa* y con ello la necesidad de la educación para superar ese vacío natural.

El interés de la Iglesia y el Estado por la educación de los niños, por cuanto se consideraba que la proporcionada por los padres no era suficiente para aquellos que se convertirían en los ciudadanos del futuro. Así se fue reproduciendo a lo largo de la modernidad a nivel social, una mayor cercanía afectiva hacia los niños y niñas, un gran interés por atender sus problemas, por potenciar sus posibilidades, existía una verdadera voluntad para curarlos, criarlos y educarlos. Poco a poco se fue consolidando la idea de que los niños eran seres tiernos, pero incompletos, débiles y vulnerables frente a un medio agresivo, de ahí la necesidad de su cuidado y atención, el control del ambiente en el que crecían, la necesidad de soportar su debilidad moral y emocional por la que se requeriría de la autoridad del adulto y en consecuencia de la obediencia y el respeto hacia éste.

Ese giro sosegado del concepto de niñez en la modernidad se produjo por la objetivación de prácticas discursivas y no discursivas emitidas desde diferentes instancias entre las que, como ya se vio, sobresalen la Iglesia, el Estado y los humanistas y filósofos influyentes del momento. Este nuevo discurso sobre la infancia derivó en políticas y acciones de formación y educación que permitieron tener como centro de interés el cuerpo infantil y su uso social disciplinado. Con esta intención fueron apareciendo y se fueron fortaleciendo saberes como la pedagogía, la pediatría, la psicología infantil y el psicoanálisis que aportaron en la consolidación de una sociedad disciplinaria, en la que la participación infantil no tenía cabida discursiva.

Es Michel Foucault quien ubica el surgimiento de esta sociedad en la Europa de los siglos XVIII y XIX, época en la que el cuerpo se hace dócil para ser moldeado, transformado, perfeccionado y utilizado. Aunque el mismo filósofo reconocía que a pesar de que “ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un

descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder” (1976, p. 140), y que en toda sociedad pre-moderna el cuerpo había estado atado a estrategias de poder que lo obligaban, exigían y sometían, es en esta sociedad disciplinaria en la que el cuerpo adquiere una dimensión especial debido a que se establecen nuevos mecanismos para su potenciación pero a la vez para su rendición.

A diferencia de los otros momentos históricos de la humanidad, en la sociedad disciplinaria foucaultiana, el cuerpo se reduce a una máquina de la que se espera un rendimiento desmedido y la generación de la fuerza necesaria para el trabajo productivo, simultáneamente, se espera del cuerpo su docilidad para ser sometido a un orden social que poco a poco se va imponiendo. En este sentido, el cuerpo adquiere una significación totalmente diferente, se convierte en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, multiplicar capacidades, recibir ciertas cualidades, intensificar su rendimiento y calificarse como un cuerpo capaz de ser útil y producir (Foucault, 1978).

El trato que se le da al cuerpo en este tipo de sociedad tiene sus variaciones por cuanto se establecen nuevas técnicas que exigen emplearlo de manera diferente. En ese sentido, Foucault (1976) plantea en primer lugar una *escala de control* en la que el cuerpo es fraccionado, dividido en sus partes para ejercer el poder sobre cada una de ellas y en consecuencia obtener gestos, movimientos, actitudes definidas; en segundo lugar un *objeto de control* que para este caso incluye la economía, la eficacia y la organización interna; y en tercer lugar *la modalidad* que implica una coerción constante, permanente, inagotable sobre los procesos más que sobre los resultados. Estos tres elementos planteados por Foucault dan como resultado el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan su sujeción e imponen una relación de docilidad-utilidad. Los cuerpos infantiles entran entonces en un mecanismo de poder en el que son explorados, desarticulados y recompuestos, para hacer de ellos lo que se desee y para que operen como se quiere.

Ese control minucioso del cuerpo busca su sujeción a un nuevo tipo de relación que en nada se parece a la establecida en otras relaciones históricamente reconocidas¹⁷. Particularmente los niños y niñas de la sociedad disciplinaria quedan dispuestos para una relación de dependencia con los adultos, una relación que se caracteriza por su asimetría y verticalidad, en la que los niños son definidos como seres desdoblados, pues por un lado se les percibe en condición de debilidad, fragilidad y vulnerabilidad, pero por otro, se advierten indisciplinados, incivilizados y hasta peligrosos, lo que requerirá de acciones precisas no solo de protección, sino de tutelaje, dirección y custodia. Bajo esta perspectiva, el adulto viene a constituirse en el elemento central y definitivo en la atención de los niños y niñas, fortaleciéndose y construyéndose con ello una actitud paternalista y adultocéntrica.

El moldeamiento que los adultos pretendieron de los niños y niñas para hacer de ellos cuerpos dóciles-útiles, requirió el diseño de dispositivos disciplinarios que incluyeron la transformación de instituciones sociales como la escuela, de la que se hizo un espacio de encierro, en donde se definían unas normas, objetivos y estrategias que incluían una estructura de autoridad que le era impuesta al niño. Se establece un “formato escolar fundado en la separación del niño de su familia, y en la reclusión de los niños de una misma edad, a la misma hora y en el mismo lugar, para que desarrollasen actividades formativas comunes al comando de un adulto” (Terigi y Perazza, 2006, p. 2).

¹⁷ Foucault explica los diferentes tipos de relación que se han establecido a través de la historia de la humanidad: en la esclavitud asegura que lo que se produce es una apropiación de cuerpos; en la domesticidad hay una relación de dominación constante, global, masiva, no analítica, ilimitada, y establecida bajo la forma de voluntad singular del amo, su “capricho”; en el vasallaje hay una relación de sumisión extremadamente codificada, pero lejana y que atañe menos a las operaciones del cuerpo que a los productos del trabajo y a las marcas rituales del vasallaje; en el ascetismo y en las disciplinas de tipo monástico se tiene por función garantizar renunciaciones más que aumentos de utilidad y que, si bien implican la obediencia a otro, tienen por objeto principal un aumento del dominio de cada cual por su propio cuerpo (1976, p. 141).

En el cumplimiento por hacer hombres y mujeres de bien, los niños y niñas han sido recluidos por un largo periodo de tiempo para que se inicien en el tránsito desde su inmadurez corporal, cognitiva, emocional y social, hasta la conformación de una persona útil para el medio social en el que continuará su vida, en un modelo que promueve la homogenización, la obediencia y el buen comportamiento a través de la uniformidad de sus acciones y actitudes.

Esta estrategia que pretendía la docilidad-utilidad de los cuerpos y que Foucault (1999b) llamó *anatomopolítica*, es el resultado de todo un dispositivo de poder del que hacen parte una serie de aparatos gubernamentales, de técnicas específicas de gobierno y de todo un conjunto de saberes y regímenes de verdad fortalecidos que guardan fidelidad entre sí a pesar de sus aparentes contradicciones y divergencias.

Ese poder disciplinario configura un concepto moderno de niñez que caracteriza a los niños y niñas como seres en desarrollo, no acabados, incapaces y dependientes, indisciplinados y peligrosos, que requieren la vigilancia, control y guía permanente de un adulto, seres sujetados a expensas de la benevolencia de un mayor, con pocas posibilidades de participación en los asuntos que les toca o interesan. Este concepto moderno reafirma una actitud pasiva en ellos y fortalece las relaciones verticales, autoritarias, paternalistas y adultocéntricas, todo ello bajo el interés de formar ciudadanos dóciles, en función de una lógica imperante, en la que no se puede prescindir del espíritu de racionalidad capitalista y por ello el adoctrinamiento a los sujetos desde pequeños resulta más valioso que hacerlo cuando ya son adultos.

En plena sociedad disciplinaria, hacia finales del siglo XIX, la medicina experimentó una fase de despegue que, desde la perspectiva de Foucault, no se puede separar de la configuración de una nueva política de salud que consideraría, en primer lugar, a la enfermedad ya no como un problema individual, sino como un asunto político y económico que se traslada a las colectividades, y en segundo

lugar, a la salud como un requerimiento colectivo, como objetivo central del poder político, es decir, que se configura ahora una *biopolítica* que pretende la salud de los colectivos (Foucault, 1999a). En ese interés por elevar el nivel de salud del cuerpo social, los niños y niñas resultan de nuevo particularmente importantes, en tanto se mantenía la idea de ellos como futuro de la sociedad. Así se originaron acciones en salud pública que hicieron de la estadística una de las herramientas más valiosas para el control de la población, pues con el registro de las tasas de nacimiento, morbilidad y mortalidad infantil y la relación de éstas con las condiciones de vida de los niños y niñas, se puso en evidencia una población infantil que requería de un saber médico específico que funcionara como única alternativa de tratamiento de la enfermedad, pero sobre todo de mantenimiento de la salud.

El fortalecimiento del saber médico y su intervención en esos cuerpos mórbidos individuales y colectivos, legitima técnicas de maximización de capacidades en éstos, lo que da paso a acciones médicas eugenésicas y con ello a la consolidación de mecanismos de intervención como la inmunización, la nutrición, la promoción de la lactancia materna y la higiene para continuar produciendo cuerpos fuertes y vigorosos.

Poco a poco las prácticas y saberes médicos se fueron apoderando con sus regímenes de verdad de todos los espacios sociales en los que transcurría la cotidianidad de los niños y niñas. En efecto, las escuelas se empezaron a diseñar teniendo en cuenta las recomendaciones médicas que sugerían por ejemplo, unas construcciones que favorecieran la aireación, la penetración de la luz y el aislamiento de estas instituciones en relación con sectores poblados. En las familias se produjo una transformación en las relaciones entre padres e hijos que afectaron las prácticas de crianza en las que se modificaron aspectos relacionados con el vestido, la alimentación, la higiene, el ejercicio, la proximidad y el afecto por los niños y niñas, de tal manera que la familia se constituyó en ese “medio físico denso, saturado, permanente, continuo, que envuelve, mantiene y favorece el cuerpo del

niño [y que] tiende a convertirse para él en marco inmediato de supervivencia y evolución” (Foucault,1999a, pp. 333-334). En los hospitales fueron definidas una serie de normas relacionadas con la distribución espacial de los muebles, con el diseño arquitectónico que incluía centrales de enfermería alrededor de las cuales se ubicaban las habitaciones, con procedimientos minuciosos de cuidado y tratamiento, con técnicas de higiene, de aislamiento, de asepsia, antisepsia y de esterilización que impidieran la propagación de enfermedades para quienes allí estuvieran.

2.2.2 La participación infantil en la sociedad de control

La sociedad disciplinaria descrita por Foucault comienza a sufrir una crisis en beneficio de nuevas formas de ejercicio del poder que van tomando lugar de manera lenta hasta pretender la consolidación de la hegemonía de lo que Deleuze (1991) denominó la sociedad de control. Y si bien, las tecnologías de gobierno planteadas por Foucault tales como la soberanía, la anatomopolítica y la biopolítica no dejan de funcionar del todo, se experimenta una articulación de éstas con nuevas tecnologías provenientes de la sociedad de control que se deberán imponer sobre las primeras, para continuar el trabajo de fortalecimiento y dominación del capitalismo.

En estos cambios confluyen modificaciones en la organización y ejercicio del poder, en los cuales, sectores globales con interés e influencia política y económica presionan una dirección para el desarrollo de la humanidad con la intención de obtener la consolidación de la lógica capitalista y de libre mercado. El cuerpo dócil propio de la sociedad disciplinaria, poco a poco va dejando de ser víctima del reclutamiento, del encierro y aquello que se aislaba por su condición de anormalidad o por su necesidad de disciplinamiento, ya no sufre el retiro o la prohibición. El ejercicio del poder, sin abandonar aún las instituciones disciplinarias, se extiende por todo el territorio de manera que se hace flexible, rompe con los límites que con anterioridad le fueron impuestos y traspasa las fronteras. Esta nueva forma de poder busca que la constitución de los sujetos ya no

se produzca esencialmente desde el interior de las instituciones sino fuera de ellas, de manera que serán impactadas, de nuevo, las instituciones sociales creadas para el cuidado, crianza y educación de los niños y niñas tales como la familia, la escuela y el hospital.

La estructura, funciones y responsabilidades de la familia se empiezan a transformar de manera que se afecta la forma como se cría y educa a los niños quienes ahora con mayor frecuencia quedan al cuidado de terceros. La familia empieza a dejar de ser el núcleo fundamental de la sociedad y el espacio natural de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Estos cambios en la familia generan una tendencia en la reducción del número de sus miembros, una disminución de la fecundidad, un aumento de los procesos de separación de las parejas y de sucesivas uniones, así como la homogenización de la función social de los hombres y mujeres.

Por su lado, la escuela pierde legitimidad en tanto ya no es el único espacio proveedor de conocimientos, ahora se promueve el aprendizaje a distancia, en la virtualidad, con instituciones no visibles, en lugares donde no se comparte con condiscípulos y maestros, en el que existen currículos flexibles, procesos de aprendizaje individualizados que llevan a abandonar el espacio escolar y la cultura letrada para ir a la conquista de la hipertextualidad fundada en las pantallas, todo ello exige un nuevo tipo de alumno que presente sus propias demandas, retador incesante de los adultos, sujeto activo, que indaga, explora, deduce, cuestiona, propone y participa de todos aquellos procesos que son de su interés.

En el hospital cada vez se busca menos el encierro o aislamiento de los *anormales*, y aunque su función se ha centrado en el perfeccionamiento del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades individuales, también desde él cada vez más se promueven acciones propias para que sean los mismos individuos los que asuman con responsabilidad sus problemas de salud, definan

acciones preventivas, modifiquen estilos de vida riesgosos, se mantengan informados y actúen en consecuencia.

Para esta sociedad de control resulta imperioso el fortalecimiento de las acciones en salud pública y por ello el Estado requerirá de una política de salud en la que el conocimiento médico no sea el único productor de regímenes de verdad, sino que en conjunción con otros saberes, se planteen estrategias preventivas para la enfermedad y estrategias de promoción de la salud, las cuales deben estar presentes en cada momento de la cotidianidad del sujeto individual y colectivo, a través de sistemas de comunicación e información que ayuden a decidir a la población qué hacer, cómo hacerlo y con qué frecuencia, sin que ello exija la presencia física permanente del personal de salud para el cuidado y atención.

Esta nueva política de salud tampoco abandona por completo las técnicas disciplinarias de vigilancia y control que buscaban evitar la propagación de las enfermedades, pero ahora los diversos aparatos del poder tendrán por objeto administrar los cuerpos individuales y colectivos para ayudarlos y, si es preciso, para exigirles la conservación de su salud.

Así, paulatinamente, se va engendrando en el mundo contemporáneo un nuevo dispositivo que orientará acciones, controlará conductas, opiniones y discursos, modelará y producirá sujetos *deseantes*, productores y consumidores en un mundo de mercado. Con este propósito, los niños y niñas resultan nuevamente atractivos como lo fueron en la sociedad disciplinaria, y con el apoyo y objetivación de prácticas discursivas provenientes de múltiples saberes¹⁸, se inicia un trabajo de reelaboración conceptual sobre la categoría de niñez, de manera que se empieza a configurar un concepto sobre los niños y niñas como sujetos con capacidades

¹⁸ Surgen nuevos saberes, técnicas, discursos científicos que desde áreas del conocimiento como la psicología, la pedagogía, la etnomedicina, la sociología, la antropología, entre otras, aportarán elementos en la construcción de una nueva categoría de niñez que sea congruente con las tecnologías de poder propias de la sociedad de control.

progresivas, transformadores del mundo que los rodea, protagonistas de su propia vida, sujetos con capacidad de agencia en los asuntos que les toca. Y si bien, las prácticas sociales continúan enmarcadas en la perspectiva disciplinaria produciendo resistencia a la participación infantil, ese nuevo discurso sobre lo que representan ahora los niños y niñas necesita tomar posesión de los marcos legales y normativos de los países de Occidente en nombre del *humanismo*.

2.3 El marco jurídico contemporáneo para la participación infantil

Las normas internacionales que aparecieron a comienzos del siglo XX en diversos países de Occidente, mostraban características ambiguas en tanto en ellas se percibían ideas progresistas para el momento, pero a la vez prevalecían prácticas que negaban los derechos básicos de los niños. Sin embargo, la participación infantil aunque no estaba ampliamente generalizada en las prácticas e imaginarios de la masa social, era utilizada exitosamente como estrategia pedagógica en algunos centros educativos para el aprendizaje de los niños y en acciones colectivas de subversión del orden en algunos países. Así pues, la participación infantil ya era reconocida especialmente en el marco de la educación y en los movimientos de niños y niñas de América latina mucho antes de la redacción de la CDN, pero vino a ocupar un lugar importante en la discusión durante las negociaciones en torno a su composición.

2.3.1 La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

La CDN a nivel mundial se constituye en el principal acuerdo en materia de derechos humanos por cuanto logró convocar a múltiples sectores, personalidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Fue ratificada por todos los países, exceptuando dos, y con ello, la CDN superó las diferencias culturales, ideológicas, políticas y religiosas de cada uno de esos países, con lo que abrió grandes posibilidades para el discurso globalizado en el que los niños y las niñas fueran reconocidos, ya no como sujetos con necesidades, sino como sujetos con

derechos que deben ser protegidos. Y aunque la CDN por sí sola no ha tenido la capacidad para transformar prácticas, conocimientos y actitudes relacionadas con el significado que tienen los niños y niñas para la sociedad actual, es un instrumento valioso en tanto soporta el trato digno y humano, la no discriminación, la autonomía progresiva y el interés superior del niño que en conjunto abogan por el sano crecimiento y desarrollo de los más pequeños.

El interés superior planteado en el artículo 3 de la Convención tienen como antecedente “los niños primero”, sin que ello signifique que los derechos de los niños sean excluyentes con relación a los derechos de otros grupos etarios. Esto implica que los niños y las niñas no son considerados como un grupo privilegiado, sino más bien, como un sector prioritario al que se le debe garantizar el desarrollo, la supervivencia, la protección y la participación. De esta manera, en situaciones de tensión entre derechos, las cosas se deben resolver prioritariamente de la forma más favorable para los niños y niñas, pues el interés superior del niño está relacionado con el principio de *prevalencia* que, en términos de derechos de infancia, significa que en momentos de conflicto entre derechos, los de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de los demás. Esta prevalencia tiene a su vez como base el principio de *equidad* que sugiere procurar el máximo beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad.

Pero a pesar de los más de 23 años de haber entrado en vigencia la CDN, ésta no deja de ser un texto declarativo y de buenas intenciones en tanto aún existe una gran distancia entre la situación deseada y la situación real de los niños. Así lo asegura Baratta (1998) al decir que la CDN dibujó una situación ideal que probablemente no pueda concretarse porque no existen por ahora las condiciones sociales adecuadas para ello. Y aunque la CDN se erige como un tratado que abarca todos los aspectos de los derechos humanos para los niños y niñas, también presenta vacíos en su redacción que indudablemente ayudan al determinismo a la hora de comprender la niñez y al formular políticas públicas para su atención.

Ejemplo de lo dicho es que a lo largo de todo el articulado de la Convención, la categoría *participación* con relación a los niños se hace explícita solamente en el artículo 23, numeral 1, cuando se plantea la facilitación que se debe hacer de la participación activa en la comunidad del niño mental o físicamente impedido; en el artículo 31 se habla de la participación asociada a la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento de los niños y niñas; y en el artículo 38 se indica que los niños menores de 15 años no deben participar directamente en las hostilidades de los conflictos armados. Esto sugiere que la participación infantil no es abiertamente planteada por la Convención y que en ese largo camino que concluyó con su redacción probablemente hicieron presencia “los accidentes, las desviaciones ínfimas [...], los errores, los fallos de apreciación, los malos cálculos que han producido aquello que existe y es válido para nosotros; es descubrir que en la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no están en absoluto la verdad ni el ser, sino la exterioridad del accidente” (Foucault, 1992, p. 13). En efecto, la CDN presenta vacíos, silencios y ausencias frente al tema de la participación infantil que expresan la intencionalidad de sectores con poder los cuales plantean una concepción particular de infancia a partir de la cual definen y orientan acciones.

Así es como la CDN asume el concepto moderno de la niñez¹⁹ y no avanza en considerar la participación de los niños y niñas como algo más que la expresión de su opinión. En el artículo 12 se condiciona por ejemplo el disfrute de los derechos relacionados con la expresión de la opinión a la edad y madurez del niño, como si los más pequeños no tuvieran otros recursos y posibilidades de expresión o éstos no fueran válidos. De igual forma, en el artículo 13 relacionado con el derecho a la libre expresión y con ella a la búsqueda, recepción y difusión de información e ideas, la libertad de pensamiento, conciencia y religión, la libertad de asociación y de celebración de reuniones pacíficas siguen atadas a la etapa del desarrollo del

¹⁹ En la CDN se asegura que “el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales [...]” (ONU, 1989), y que el niño es ese “[...] ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (ONU, 1989, Art. 1).

niño; el derecho a la expresión libre de sus opiniones se plantea solo para los asuntos que le afectan, como si en la sociedad existieran asuntos que no tocaran a los niños. En los artículos 14 y 15 se reconocen los derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, así como a asociarse y realizar reuniones pacíficas, pero siempre bajo la dirección de los adultos.

De igual manera, la CDN se enmarca aún en la perspectiva adultocéntrica como forma de relacionamiento entre los adultos y los niños. Particularmente en el artículo 12 se plantea *dar* a los niños y niñas la *oportunidad* de ser escuchados, otorgándole a los adultos la facultad de conceder o no el disfrute del derecho a la libre expresión de la opinión de los niños.

Frente a estos vacíos, el Comité de Derechos de los Niños de la ONU realizó en el año 2009 una observación general al artículo 12 de la CDN titulada *El derecho del niño a ser escuchado*. En esta observación, el Comité asegura que el derecho de los niños a ser escuchados y tenidos en cuenta es uno de los principios básicos de la CDN que se relaciona directamente con el principio de autonomía creciente y el del interés superior del niño. Reconoce además que existen obstáculos, así como barreras sociales y culturales que derivan en actitudes y prácticas que desprecian la libre expresión de los niños, lo que debe motivar la conformación de espacios y mecanismos que faciliten los procesos participativos para que su opinión sea expresada y tenida en cuenta.

La observación general busca aumentar el alcance jurídico y político, así como la comprensión que se debe hacer del artículo para garantizar una plena aplicación del mismo. En ese sentido, la Comisión recomienda agotar todas las posibilidades para escuchar a los niños y niñas de manera individual y/o colectiva, propiciar el derecho a expresar la opinión libre y que ésta sea debidamente tenida en cuenta en todo el ciclo de cualquier proyecto, respetar la decisión de los niños de no participar cuando así lo decidan, recordar que los derechos de los niños no se agotan en la protección y provisión, tener presente que el derecho a la participación no

tiene límite de edad pues aún los más pequeños han demostrado su capacidad de expresión y de formación de un juicio propio, el cual no está irremediamente atado a la edad biológica del niño.

Con relación a la participación de los niños en los asuntos relacionados con su salud, la observación del Comité, en los párrafos 98, 99, 100 y 104, plantea el derecho de los niños a expresar su opinión y a participar en la promoción del desarrollo saludable y el bienestar, en la planificación de programas, así como en la definición de políticas de salud y aunque no hay una referencia clara al modelo de la promoción de la salud, sí lo hace desde la APS. Como elementos novedosos en el párrafo 101, el Comité se refiere al derecho que tienen los niños y niñas a la *confidencialidad* en caso de que alguno de ellos requiera información o asesoría en salud por parte del personal profesional del área; en el párrafo 103 se precisa sobre el derecho que tienen los niños a recibir información y dar no solo su asentimiento, sino su consentimiento para participar en investigaciones en el campo de la salud.

En suma, el Comité avanza en el tema al exigir a los Estados la generación de todas las condiciones necesarias que faciliten la expresión libre de las opiniones de los niños y que éstas sean debidamente tenidas en cuenta. A diferencia de lo planteado originalmente en el artículo 12 de la CDN, la observación asume la participación como un proceso y no como acciones aisladas y esporádicas para que los niños se expresen, pero continúa considerando la participación como un sinónimo de la expresión libre de la opinión de los niños y el tenerlas en cuenta.

2.3.2 La Constitución Política de Colombia

En Colombia, la Constitución Política de 1991 acoge los derechos fundamentales de los niños y niñas expresados en la CDN y los plantea en su artículo 44 en el que centra la atención en la asistencia y protección al asegurar que “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una

familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia” (Colombia, 2005). Sin embargo, es justamente desde esta Carta Política que se perpetúa la condición de incapacidad y vulnerabilidad de los niños y niñas al negarles su condición de ciudadanía cuando establece en el párrafo del artículo 98 que “mientras la ley no decida otra edad, la ciudadanía se ejercerá a partir de los dieciocho años” (Colombia, 2005), retrasando un estatus que debería estar atado a la condición humana y no al despliegue de capacidades propias del adulto.

2.3.3 Ley del Sistema de Seguridad Social Integral

Esta perspectiva planteada en la Constitución Política tiene implicaciones en el marco legislativo y por lo tanto en la formulación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. En la Ley 100 de 1993 o Ley del Sistema de Seguridad Social Integral por ejemplo, no hay mención directa a la participación infantil y aunque se establece la participación ciudadana como uno de los principios rectores para la “organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto” (Art. 2) y se promueven las asociaciones y alianzas para la veeduría del sistema (Art. 157 y 159), la concepción de vulnerabilidad de los niños y niñas que subyace en la ley, sugiere acciones de asistencia y protección (Art. 163 y 166) exclusivamente, procediendo en contravía al discurso de la promoción de la salud, en el que la participación es un elemento central por cuanto es a través de ella que las personas, en este caso los niños, incrementan el control sobre su propia salud para mejorarla. Desde estos discursos estáticos que soportan los marcos legislativos y que no parecen avanzar en las concepciones relacionadas con la niñez y la participación infantil, es que se manifiestan también procesos de resistencia.

2.3.4 Ley General de Educación

La Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación parece avanzar de manera más decidida en el tema de la participación infantil cuando invita a “la formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afecta en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación” (Art. 5), así como a la participación de toda la comunidad educativa, incluidos allí los estudiantes, para que tomen parte en la dirección de los establecimientos educativos y en el diseño, ejecución y evaluación de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI). La Ley fomenta las prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana, busca estimular la autonomía y la responsabilidad (Art. 13), la formación para la participación infantil y el desarrollo de valores cívicos, éticos y morales, de organización social y de convivencia humana (Art. 21), así como la conciencia y la participación responsables del educando en acciones cívicas y de servicio social (Art. 30).

Con esos propósitos se exige la incorporación de acciones pedagógicas en el PEI para desarrollar capacidades en la toma de decisiones, adquisición de criterios, trabajo en equipo, administración eficiente del tiempo, obtención de responsabilidades, solución de conflictos y habilidades para la comunicación, la negociación y la participación de los niños (Art. 92).

Para la participación de los niños y niñas se propone como mecanismo la elección de un personero dentro de los estudiantes para que actúe como promotor de los derechos y deberes propios y de los demás compañeros (Art. 94). Adicionalmente, se establece en las instituciones educativas un gobierno escolar que busca la participación de la comunidad educativa en aspectos tales como la adopción y verificación del reglamento escolar, la organización de las actividades sociales, deportivas, culturales, artísticas y comunitarias, la conformación de organizaciones juveniles y demás acciones que redunden en la práctica de la participación democrática en la vida escolar (Art. 142). Sin embargo, la norma no

trasciende más allá de lo planteado y se advierte con preocupación que en este sector los procesos participativos de los niños aún presentan obstáculos y suelen ser procesos manipulados por los adultos y obstaculizados por las relaciones de poder establecidas entre alumnos y maestros.

2.3.5 Ley de la Infancia y la Adolescencia

En su momento, la Ley 100 de 1993 y la Ley 115 de 1994 en Colombia parecían estar a tono con la perspectiva de derechos planteada desde la CDN y desde la Constitución Política, no así era el caso del Código del Menor que tenía vigencia desde 1989. Por eso y con el ánimo de reconocer el interés superior del niño, la titularidad de sus derechos, la prevalencia de los mismos en relación con los derechos de los demás y la participación en los asuntos de su interés, fue presentado un proyecto de ley integral para la infancia y la adolescencia a la Cámara de Representantes en agosto del año 2005. Con la Ley 1098 de 2006 mediante la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, se logra un avance importante en la legislación colombiana relacionada con los niños, niñas y adolescentes al abandonar el enfoque de *situación irregular* e incorporar el de *protección integral*. En este nuevo enfoque se reconocen los niños y niñas como sujetos de derechos, y se exige el cumplimiento y garantía que se debe hacer de esos derechos, la prevención de su amenaza o vulneración y el restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. Así pues en el Código de la Infancia y la Adolescencia se reconoce la igualdad, la dignidad humana y la no discriminación para los niños y niñas (Art. 1), se busca garantizar sus derechos y libertades (Art. 2) y reconocer en ellos sujetos titulares de derechos (Art. 3).

Se establece el interés superior del niño que obliga a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos (Art. 8) y la prevalencia de los derechos de los niños y niñas sobre los derechos de los demás (Art. 9). Siendo congruente con la CDN este Código también reconoce el derecho al descanso, al esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias del ciclo vital de los

niños y niñas, y a participar en la vida cultural y las artes (Art. 30) así como el derecho a participar en las actividades que se realicen en la familia, las instituciones educativas, las asociaciones, los programas estatales, departamentales, municipales que sean de su interés (Art. 31). El Estado y la sociedad propiciarán la participación activa en organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, cuidado y educación de la infancia y adolescencia. Se establece también que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la reunión y asociación con fines sociales, culturales, deportivos, recreativos, religiosos, políticos o de cualquier otra índole (Art. 32), a la intimidad por lo que se les debe proteger contra toda injerencia arbitraria o ilegal (Art. 33), a buscar, recibir y difundir información e ideas (Art. 34). Los adolescentes autorizados para trabajar, tienen derecho a ejercer una labor que no implique riesgos para su educación, salud y vida (Art. 35). Este código se constituye en un gran avance en materia de reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

2.3.6 Los Conpes

De otra parte, siendo el Consejo Nacional de Política Económica y Social el espacio más importante de discusión para la formulación de las políticas públicas, es necesario citar aquí algunos documentos relacionados con la niñez y particularmente con el tema de la participación infantil.

En el documento Conpes Económico 2787 *El Tiempo de los Niños* (1995) se reconoce que a pesar que nuestra carta política establece que los derechos de los niños y niñas prevalecen sobre los derechos de los demás, miles de niños colombianos aún carecen de las garantías suficientes para hacerlos efectivos y se encuentran marginados de los procesos de participación social que les permita incidir en los asuntos que les afecta, por ello en ese Conpes se asegura que las políticas sociales de niñez deben estar regidas por los principios que indican que los niños y niñas son sujetos de plenos derechos y que la niñez y adolescencia son etapas de la vida en las que se definen oportunidades para desarrollar habilidades

que permitirán posicionarse adecuadamente en la estructura social; las metas por lo tanto tienen que ver con el cuidado y protección.

En el Conpes Social 109 *Política Pública Nacional de Primera Infancia* (2007) se concibe al niño “como un ser social activo y sujeto pleno de derechos [...] como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión” y “[...] como un ser en permanente evolución, que posee una identidad específica que debe ser valorada y respetada como parte esencial de su desarrollo [...], reconoce en el niño su papel activo en su proceso de desarrollo, así como que no es un agente pasivo sobre el cual recaen acciones, sino que es un sujeto que interactúa con sus capacidades actuales para que en la interacción, se consoliden y construyan otras nuevas”. Pero a pesar de esta concepción amplia del niño, aún no es efectiva su participación activa en el diseño de las políticas públicas de infancia y prevalece la idea de los niños y niñas como sujetos de inversión social y económica para el futuro, en tanto la primera infancia “es considerada en la política como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y de las niñas, desde su gestación hasta los 6 años de vida. Es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Además de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social” (2007, p. 21). Esta perspectiva desconoce al niño como sujeto pleno y está basada en el ofrecimiento de ambientes adecuados para el desarrollo de capacidades y la generación de capital humano productivo. Si bien, se busca fomentar la participación de los niños y las niñas de acuerdo con su nivel de desarrollo, y su inclusión por parte de los hacedores de políticas públicas en el desarrollo de programas y proyectos dirigidos a la primera infancia, esto aún no es una realidad.

Este marco jurídico en general presenta avances en el tema de los derechos de los niños y las niñas y particularmente en su participación, pues cada vez más se amplían las categorías, se pone a disposición de la sociedad en general toda una serie de conceptos que evidentemente van desarrollando nuevos discursos y

prácticas sociales, pero la consolidación de los derechos aún no es una realidad por lo que es necesario continuar trabajando en favor de estos derechos a través de estudios de investigación que den cuenta de lo ganado y de lo por aún está por ganar.

2.4 Las categorías y los conceptos de la investigación

Existen algunos indicios relacionados con la transición que se está produciendo desde la sociedad disciplinaria hacia la sociedad de control. Eventos globales y simultáneos que afectan toda la estructura social y que incluyen la progresiva desterritorialización, el establecimiento de un nuevo orden geopolítico y jurídico, la crisis institucional, la creciente virtualización en las relaciones sociales y humanas, los increíbles avances tecnológicos y científicos parecen dar cuenta de ello. Paralelamente se van produciendo cuestionamientos, discusiones y replanteamientos filosóficos que producen nuevos discursos para penetrar las capas profundas de la sociedad y con ello modificar prácticas cotidianas que garanticen una nueva forma de ejercicio del poder. Los conceptos no son la excepción en tanto requieren de nuevas significaciones y sentidos que den cuenta del momento y de las necesidades sociales de hoy, y las categorías de esta investigación no así lo expresan.

2.4.1 La categoría niñez

Como se ha dicho, la categoría *niñez* aparece con la modernidad pues antes de esta época los niños y las niñas hacían parte del cuerpo social como un grupo no diferenciado de los adultos. El interés que surge por los niños y niñas origina la categoría a través de la cual se define a estos sujetos como seres en proceso, inmaduros y dependientes, que deben ser objeto de protección, afecto y cuidado para garantizar la formación de unos adultos sanos y productivos para sostener un modelo de desarrollo capitalista.

En esta sociedad contemporánea se continúa pensando la categoría niñez como se pensaba en la modernidad, pero poco a poco empieza a tomar forma un nuevo concepto que muestra a los niños y niñas como sujetos de derechos, con capacidades crecientes, transformadores del mundo, cuya participación en los asuntos que les afecta es definitiva. Ante este nuevo concepto, Deleuze (1991) advierte un oculto interés por hacer de los sujetos seres consumidores para el mercado, deseantes, adoctrinados para un sistema político y económico cuya esencia son las fuerzas del mercado. Esa advertencia hace imprescindible actuar para redireccionar la ruta trazada por el interés de las élites dominantes que en nada privilegian al ser humano sino que, por el contrario, configuran nuevas formas de poder hegemónico que resultarán aún más implacables que las ya conocidas. En consecuencia, es preciso introducir elementos que favorezcan nuevas formas de pensar, sentir, significar y actuar en relación con la niñez, pero además, en medio de la instauración de las tecnologías de poder de la sociedad de control, es necesario fortalecer el pensamiento crítico de los niños, niñas y jóvenes para responder frente a esta sociedad signada por el determinismo.

Así pues en esta investigación la niñez es asumida desde acuerdos entre lo biológico, social, cultural e histórico del ser humano que dan como resultado trayectorias vitales las cuales invitan a pensar no en procesos definidos y unidireccionales, sino en dinámicas, movimientos, permanencias y cambios, superposiciones, trayectorias vitales que configuran una generación en la que acontece el proceso de formación del ser y de ser humano, en la que se posibilita el despliegue de toda una serie de potencialidades propias para mostrarse y actuar conjuntamente con los otros como seres cinéticos, con voluntad y deseo de conocer, con consciencia creciente de sí y del mundo que les rodea, seres cuyos intereses, curiosidades y esperanzas irán acrecentando su pensamiento crítico para leer y recrear el mundo en beneficio propio y de quienes los rodean.

En consecuencia, esta investigación abandona el concepto de los aún no por el de los ya sí, así como la idea medicalizada de que la niñez es la primera etapa del

ciclo evolutivo del ser humano que culmina a los dieciocho años de edad. En ese abandono subyace la idea de transformación de las relaciones jerárquicas en relaciones más horizontales, en las que la participación conjunta de niños, niñas, adolescentes y adultos sea una condición indispensable para la formación de una mejor sociedad.

2.4.2 El concepto de participación infantil

La categoría participación infantil aparece a finales de la modernidad aunque los niños y niñas hayan aportado con sus actividades cotidianas a la vida social, económica y cultural de sus grupos más próximos a través de toda la historia de la humanidad. Al indagar sobre el origen de la palabra participar, se conoce que su raíz etimológica, del latín *participare*, significa *tomar parte* y por ello ha sido definida como “la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte” (RALE, 2001). Desde estas primeras pesquisas, el concepto de participación involucra una *acción de tomar parte* en asuntos de interés y ello permite ir ampliando la reflexión y construcción de la categoría cuando se reconoce que esa acción parece ser exclusiva del ser humano, pero además, que no puede ser desarrollada en la intimidad del ser, sino que se expresa en la relación con los otros²⁰, pues es en el juego de la intersubjetividad, mediada por el lenguaje²¹, donde

²⁰ Para Piaget la relación de los niños y niñas con sus pares es básica porque la reestructuración cognitiva ocurre más fácilmente en relaciones simétricas, facilitando la construcción de nuevas formas de pensar en los niños (1977). Por su lado, Vigotsky cree que la construcción social del conocimiento se potencia cuando los niños y niñas interactúan con otros de diferentes niveles de conocimiento y habilidades, porque se aumenta la posibilidad de inventar, transformar reglas y cambiar metas de juego (1978).

²¹ Aquí no se entiende el lenguaje solamente como esa estructura articulada que posibilita la comunicación entre las personas, sino que, de manera más amplia, éste se piensa también como ese conjunto de señales que provienen del cuerpo y que incluyen silencios, gestos, miradas, posturas, que en conjunto vienen a expresar emociones y sentimientos como la ira, el miedo, el enojo, la tristeza, el interés, etc., para finalmente decir lo que se quiere y es especialmente desde este último tipo de lenguaje del que se valen los niños y niñas para comunicarse. Pero además, los adultos creemos que cuando los niños y niñas hacen uso del lenguaje articulado, éste quiere decir lo mismo que para los

se produce el intercambio cognitivo, social y emocional necesarios para compartir la comprensión de la realidad, tomar decisiones en conjunto e influir en las condiciones de la vida.

La participación infantil entonces cobra sentido en el establecimiento de unas relaciones respetuosas y horizontales con los otros, pues es este tipo de relaciones las que conforman la base para favorecer que los niños y niñas gradualmente perfeccionen esta competencia social. En este sentido, se comparte la idea que Acosta y Pineda (2007) tienen sobre la participación cuando sostienen que ésta debe entenderse como el establecimiento de acuerdos que tienen como base el reconocimiento de las diferencias y de las posibilidades de cada participante en la construcción de sentidos de vida individual y colectiva. En efecto, reconocer las diferencias y establecer acuerdos, permiten construir puentes comunicantes que promueven el avance de los interlocutores que, para el caso de los niños y niñas, es hacia un nivel de comprensión y destreza cada vez más avanzado. El análisis desde el plano interpersonal como una forma de establecer puentes, vínculos y relaciones humanas, da origen al concepto de *participación guiada* propuesto por Rogoff (1993).

Se ha planteado también la participación como una competencia social que se va perfeccionando gradualmente en la medida en que ésta se ejercita. Frente a esto, autores como Rogert Hart (1997a) aseguran que tanto la motivación personal, como las experiencias y circunstancias familiares y culturales que cada niño y niña tienen, son también condiciones que impactan sobre la sostenibilidad de la participación y con ella su posibilidad de ir en aumento. Para Hart existen ocho

adultos, hoy se sabe que no tenemos el mismo lenguaje, “pues las palabras que un niño emplea, encierran para él experiencias afectivas, emocionales, físicas, de espacio y de tiempo completamente diferentes que para los adultos, de manera que representan por completo otra cosa” (Doltó, 1992, p. 14).

niveles de participación infantil que no siempre son recorridos en su totalidad por los niños, pero que muestran la viabilidad cada vez más creciente de la participación infantil cuando las condiciones son dadas.

Modificando la escalera de participación propuesta originalmente por Arnstein en 1969, Hart propuso una nueva escalera constituida por ocho peldaños con los que, advierte, no pretende sugerir que un peldaño deba ser previo para alcanzar el siguiente. Describe y rotula los ocho peldaños de abajo hacia arriba de la siguiente manera: manipulación y/o engaño, decoración, participación simbólica, asignado pero informado, consultados e informados, iniciados por los adultos con decisiones compartidas con los niños, iniciados y dirigidos por los niños e iniciados por los niños con decisiones compartidas con los adultos. Esta escalera se basa en una perspectiva ascendente a partir del cuarto escalón, por cuanto los tres primeros no constituyen en modo alguno participación. El último peldaño estaría mostrando una auténtica forma de participación infantil, pues es en ese nivel en que los niños y niñas logran interactuar de manera genuina con los adultos bajo la condición de unas relaciones horizontales (Hart, 2000).

Para otros autores como Gaytán, es la *expresión infantil* el elemento esencial de la participación infantil, pues ella es “la manifestación del ser, pensar y sentir del niño como sujeto en una sociedad en correspondencia con sus intereses y distintos grados de autenticidad frente a influjos externos” (1998, p. 97). En este sentido, todo ser humano desde que se inserta en el mundo social tiene la potencia para desarrollar la capacidad de participar, así por ejemplo, desde muy pequeños los niños y las niñas están en la capacidad de manifestar de forma auténtica sus sentimientos, emociones y sensaciones a través de una serie de expresiones que superan el lenguaje comunicativo y con las cuales van descubriendo que conductas como el llanto, la risa o el movimiento influyen en quienes se encuentran próximos a él e incluso logran modificar conductas en los otros, luego, si esta condición de libertad de expresión persiste, más adelante mostrarán una capacidad natural para participar en todas las actividades por las que se sientan atraídos o motivados y que

hacen parte de su vida cotidiana en familia y comunidad. Sin embargo, esta capacidad de expresión está cada vez más restringida por el tipo de sociedad *disciplinadora* en la que se vive.

Así pues, tanto en la sociedad disciplinaria como en la sociedad de control, se han construido redes de dispositivos y aparatos que mediante la acción de instituciones sociales como la familia, la escuela y el hospital, producen y regulan costumbres, hábitos y prácticas que pueden aniquilar esa capacidad natural de expresión de los niños y niñas y modelar un tipo de persona que se ajuste a las necesidades de la lógica imperante. Más aún, es en la sociedad de control en la que se producen una “intensificación y una generalización de los aparatos normalizadores del poder disciplinario que animan internamente nuestras prácticas comunes y cotidianas, pero, a diferencia de la disciplina, este control se extiende mucho más allá de los lugares estructurados de las instituciones sociales, a través de redes flexibles y fluctuantes” (Hardt y Negri, 2002, p. 36) en las que los medios de comunicación y las nuevas tecnologías de la información toman lugar.

Por fortuna, siempre existirán contrapoderes, pensamientos alternativos y sectores en oposición que señalan otras rutas a las trazadas por los sectores con poder hegemónico. Este es el caso de quienes reconocen en los niños y niñas la potencia necesaria para tomar consciencia de sí, para desplegar esa serie de atributos y posibilidades que le son propias al ser humano, para establecer formas de expresión creativas y distintas, y tener el poder de construir su propio rumbo en diálogo abierto con los otros, posicionándose como protagonistas de su propia vida. Así pues, surge el concepto de *participación protagónica* como categoría que coloca a los niños y niñas como protagonistas de su propia vida y que en palabras de Cussiánovich (2010c, p. 134) tiene que ver con “ser sujeto, actor, desarrollar una personalidad protagónica, ejercer ciudadanía, tener participación”.

Asumir el protagonismo infantil no implica, como lo han sugerido algunos críticos, la exaltación de los niños y niñas por encima de los adultos, pues aunque

las experiencias de participación infantil han demostrado que los niños se pueden organizar sin la ayuda de los adultos, el protagonismo infantil no pretende la marginación de éstos de los procesos infantiles, jamás ha contemplado la exclusión de los otros, sino que busca una relación de colaboración entre adultos y niños en un mundo normado por el adultocéntrismo. Esta colaboración implica asumir el rol requerido para apoyar a los niños y niñas en la construcción de su autonomía que debe contemplar aspectos relacionados con la consciencia social como aprender a no agredir a los otros, aprender a comunicarse, interactuar y decidir en grupo, aprender a cuidar, cuidarse y cuidar el entorno, y a valorar el saber social y cultural (Toro, 1998). La marginación de los adultos para dar paso al protagonismo de los niños es más bien una clara muestra de la conducta irresponsable de aquellos, pues es posible acompañar sin oprimir, orientar sin manipular y regular sin reprimir (Conde, 1998).

El efecto inmediato del protagonismo de los niños y niñas es la *organización infantil* que se refiere a la capacidad que ellos tienen para asociarse y obtener lo que quieren. Cordero y Ponce (1998, p. 10) creen que “los niños y niñas organizados son niños y niñas empoderados”, lo que les abre la posibilidad de crear *movimientos infantiles* que mediante metas claras aseguren su presencia en el ámbito público, lugar en el que se toman las decisiones. Los movimientos infantiles se constituyen en un verdadero ejemplo de construcción de democracia en la que es posible vivir como ciudadanos activos y deliberantes.

En la sociedad de control se pretende significar la participación infantil como una de las estrategias fundamentales para incluir a los niños y niñas en el mundo adulto y particularmente en ese mundo regido por la lógica de producción y consumo en la que aquellos cobran importancia. Pero a partir de las propuestas de algunos científicos sociales, investigadores y académicos como los ya mencionados, la participación infantil no puede ser entendida como una forma simple de tomar parte o como la expresión de la opinión para ser escuchada, la participación infantil genuina va más allá en tanto implica la inclusión para la potenciación y el desarrollo

de aptitudes individuales y sociales que se logran y mantienen en el ofrecimiento de oportunidades que le permitan a cada quien hacer sus opciones y asumir el control de todo lo que tiene que ver con su vida. Así pues, el concepto de participación infantil asumido en esta investigación denota un grupo de acciones con las que los niños y niñas entran en un proceso colaborativo y de relacionamiento intersubjetivo con otros niños, niñas y/o adultos, proceso que está signado por la valía, el respeto y el reconocimiento de sí mismos y de los otros, que les permite desde sus propios procesos de crecimiento, desarrollo y maduración asumir posturas, lograr acuerdos, tomar decisiones en conjunto e influir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales del mundo en el que viven.

2.4.3 El concepto de promoción de la salud

La persistencia de la medicalización propia de la sociedad disciplinaria en la sociedad de control, ha tenido como objetivo primordial la mejoría del nivel de salud de la población, pues “para la sociedad capitalista, lo más importante es la biopolítica, lo biológico, lo somático, lo corporal” (Hardt y Negri, 2002, p. 39). Este interés ha provocado que el hospital como institución de asistencia sanitaria experimente una pérdida de protagonismo para ser reducido a una institución eminentemente diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación y así ceder la atención a una salud pública deliberadamente anclada al sistema político y económico imperante. En efecto, en la sociedad de control, que en palabras de Hardt y Negri (2002, p. 36) “se desarrolla en el borde último de la modernidad y se extiende a la era posmoderna”, la política de salud ya no pretende al individuo sano al servicio del Estado, sino más bien a un Estado al servicio de la comunidad para que ésta alcance los mejores estándares de salud (Foucault, 1999a). Esta transformación plantea un potente discurso relacionado con el *derecho a la salud* en el que ésta se convierte en objeto de una verdadera lucha política que, por un lado, requiere la intervención estatal a través de mecanismos de vigilancia y control y, por el otro, exige la configuración de estrategias que promuevan la lucha de las comunidades por exigir este derecho. La intervención estatal y la exigencia de este derecho son

consecuencia del componente económico en el que la salud es *deseada* como bien de consumo en una lógica de mercado.

En efecto, con el propósito de ayudar e incluso de exigir el mantenimiento de la salud de la población, se impone una estrategia política que sin abandonar la medicalización de la enfermedad ahora “medicaliza la salud” (Foucault, 1999a, p. 352). De esta manera, el saber médico y sus regímenes de verdad son incorporados en tres campos que hasta ese momento no eran de su competencia: el entorno de las personas en el que confluyen determinantes sociales que afectan la salud, los estilos de vida y comportamientos en salud de las personas que impactan la salud, y la organización de la atención en salud en la que se define la intensidad, calidad, regularidad y orden de la prestación de los servicios.

La extensión de la medicalización al campo de la salud contribuye de manera eficiente en la construcción de sujetos *deseantes*, en efecto, la salud del cuerpo y el deseo por conseguirla, determina la configuración de la salud como objeto de consumo de forma que puede ser producida por unos sectores sociales para ser consumida por otros. La medicina entonces en la sociedad de control deja de ser fundamentalmente clínica para entrar en el ámbito social y con ello garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo (productores) como propósito de una sociedad disciplinaria que se traslapa en la sociedad de control, en tanto también se producen sujetos de deseo (consumidores) del bien salud.

Y si bien, la medicalización se viene preparando desde el siglo XVII y continúa en la actualidad, a comienzos del siglo XX se produce cierto estancamiento en su proceso pese a los grandes avances científicos y técnicos que en ese momento la respaldaban. Ese estancamiento solo puede ser explicado desde la circulación de una serie de trabajos que planteaban la duda de la relación entre el mantenimiento de la salud y la asistencia médica, atribuyéndole a los factores sociales y ambientales un mayor impacto sobre la salud de las poblaciones. Así pues, se sostienen que el alimento, el acceso al agua potable, el saneamiento básico,

el trabajo estable, los comportamientos, la educación y los ingresos familiares entre otros, influyen más que el consumo médico en los indicadores de salud de la población.

Los trabajos de estos y otros autores provocaron una creciente demanda mundial por una salud pública renovada, que se liberara de la hegemonía médica y sus regímenes de verdad. De ahí surge *la nueva salud pública* cuya esencia es el discurso de la *promoción de la salud* que, particularmente por el informe Lalonde, tomó fuerza después de la segunda mitad del siglo pasado. Y aunque la promoción de la salud no se la inventó la posmodernidad²², su filosofía moderna basada en la desmedicalización de la salud, avanzó con un enfoque político en el que la participación de todos los sectores sociales era indispensable y transversal a sus propuestas.

Como antecedentes importantes de la configuración de esta nueva salud pública están los logros alcanzados en la Declaración de Alma Ata (Kazajistán) que incluyen el documento *Salud para Todos* en el año 2000 de la OMS y los debates sobre la acción intersectorial para la salud sostenidos en la *Asamblea Mundial de la Salud*. Posterior a esta Declaración, se realizó en el año 1986 la *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud* en donde se emitió la Carta de Ottawa, la cual se ha convertido en el documento conceptual, político y operacional más importante de este paradigma. El aspecto conceptual de la promoción de la salud problematiza la medicalización de la salud pública, sus regímenes de verdad, la intrasectorialidad y la hegemonía en la formulación de las políticas de salud; en su aspecto político y operacional la promoción de la salud intenta devolver el poder a la comunidad y a los individuos para que sean ellos

²² Es conocido que los conceptos técnico-científicos y prácticos de este discurso de la promoción de la salud tienen origen en la antigua Grecia con Esculapio y su hija Higia, la diosa de la salud. Desde esta época la salud ya era entendida como un estado natural e integral y como un atributo positivo de las personas que tienen el control sobre su propia vida (Ippolito-Shepherd, 2010, p. 24),

mismos los que controlen los aspectos que determinan su salud ofreciéndoles políticas saludables, entornos saludables y la reorientación de los servicios de salud.

En ese sentido, la promoción de la salud fortalece la acción comunitaria, le da importancia a las políticas públicas saludables, a los estilos de vida y al desarrollo de habilidades para la vida sana, a los entornos saludables y a todos los sectores de servicio social concluyendo que la asistencia médica no puede por sí sola actuar en favor de la salud de la población, sino que requiere de la acción coordinada de todos los sectores sociales, en la que la participación efectiva y concreta de las comunidades e individuos es un requerimiento esencial.

Luego de la primera conferencia de promoción de la salud realizada en Ottawa (Canadá) en el año 1986, se han realizado seis conferencias más en las que se ha profundizado la discusión no solo, para dar solidez a los conceptos técnico-científicos del modelo, sino para definir estrategias de implantación del modelo que incluyen la definición de políticas y entornos saludables, el compromiso de los sectores públicos y privados para la promoción de la salud y la equidad en salud para potenciar el desarrollo humano y social. En suma, las conferencias y sus respectivas cartas pretender exhortar a los gobiernos del mundo para que asuman este modelo como eje orientador de las políticas de salud. El trabajo ha sido arduo y continuado de manera que ya está prevista la octava conferencia que tendrá lugar a mediados de este año 2013 en Helsinki (Finlandia) en donde se busca intercambiar experiencias, socializar lecciones aprendidas, visibilizar obstáculos y orientar sobre los mecanismos más efectivos para la implementación definitiva de la promoción de la salud en todas las políticas de salud del mundo, atendiendo a los determinantes sociales de la salud. En el Cuadro 1 se resumen las conferencias internacionales de promoción de la salud y sus temas centrales.

CONFERENCIAS	TEMA CENTRAL	LUGAR Y AÑO
I Conferencia	Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública	Ottawa-Canadá 1986
II Conferencia	Políticas públicas saludables	Adelaida-Australia 1988
III Conferencia	Entornos propicios para la salud	Sundsvall-Suecia 1991
IV Conferencia	Promoción de la salud en el siglo XXI	Yakarta-Indonesia 1997
V Conferencia	Promoción de la salud, hacia una mayor equidad	México-México 2000
VI Conferencia	Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial	Bangkok-Tailandia 2005
VII Conferencia	Cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud	Nairobi-Kenia 2009
VIII Conferencia	Salud en todas las políticas (Por realizar)	Helsinki-Finlandia 2013

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 1. Conferencias internacionales de promoción de la salud

La promoción de la salud es entonces el proceso social global que permite a las personas y comunidades incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla y con ella lograr el desarrollo humano y social deseado. Desde la Carta de Ottawa se define la promoción de la salud como:

[...] un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la

salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS, 1998, p. 10).

En consecuencia, para la promoción de la salud, la participación individual y colectiva es esencial en la consecución de los objetivos relacionados con la salud y por ello las personas se constituyen en el centro de las acciones y procesos, pues solo así, es posible garantizar que las intervenciones institucionales sean eficientes, eficaces y sostenibles, y con ello alcanzar el impacto de los programas y políticas sobre el desarrollo de las comunidades, de lo contrario, se podrán seguir invirtiendo millones y millones de dólares para mejorar la calidad de vida de las personas y no será posible el cambio (Easterly, 2006).

El discurso de la promoción se va apoderando cada vez más de los espacios donde transcurre la cotidianidad de las personas. El impulso de programas como las ciudades, pueblos, municipios e islas saludables, los mercados saludables, los lugares de trabajo, hospitales, escuelas y más recientemente universidades promotoras de salud, dan cuenta de ello. En estas dos últimas, se ha logrado la asociación del sector educativo y de salud con la pretensión de incluir a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en actividades saludables que puedan resultar de su interés. Esta asociación se basa en la idea de que es en los espacios educativos donde los niños, niñas, adolescentes y jóvenes pasan la mayor parte del tiempo exponiéndose a la influencia de ideas, preferencias, costumbres y modos de actuar que provienen de múltiples sectores como las familias, educadores, profesionales de salud, personal administrativo y condiscípulos, quienes de manera permanente están presentes en la configuración de los estilos y hábitos de vida.

Dada la confluencia de estos sectores en las instituciones educativas, éstas se constituyen en un espacio ideal no solo para introducir programas de promoción, sino para establecer coordinación intersectorial en favor de la prevención de enfermedades y la creación de entornos propicios para desarrollar estilos de vida

saludables, promocionar la ciudadanía a través de la participación y estimular factores protectores de la salud y la vida.

Los niños y niñas como protagonistas de la promoción de la salud escolar requieren estar implicados directamente en los programas de salud, de tal manera que superen la participación como consulta, contribución o expresión de la opinión y logren un nivel de autonomía tal que les permita hacer gestión en beneficio de su propia salud y del grupo social más cercano. Para lograr este nivel de empoderamiento, los niños y niñas deben ser alfabetizados en el tema de la salud, desarrollar capacidades y habilidades personales para participar, tener actitudes saludables, contar con oportunidades, espacios y medios para participar. La experiencia internacional ha mostrado que la sostenibilidad de los programas de promoción de la salud en las escuelas requiere de la participación activa de toda la comunidad educativa, pero especialmente de los niños y niñas.

Actualmente en Bogotá, la promoción de la salud en las instituciones educativas del distrito, toma forma en el programa *Salud al Colegio* (SAC), que además de tener un fuerte énfasis en promoción, también lo hace en prevención de enfermedades en la población escolar, asistencia y abogacía por los derechos a la salud ante las Empresas Promotoras de Salud.

Salud al Colegio genera espacios que permiten a un grupo de profesionales de diferentes áreas²³, acompañar y amparar a la población escolar frente a riesgos como el maltrato, el abuso, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la desnutrición o el trabajo infantil, y procura desarrollar habilidades en salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y visual, en convivencia, derechos humanos, manejo del tiempo libre y construcción de proyectos ambientales. Esta estrategia de

²³Están conformados varios equipos de Salud al Colegio integrados por profesionales de las áreas de salud, educación y ciencias sociales, quienes diariamente visitan los colegios para abordar temas de salud pública, ya no desde la hegemonía médica, sino desde perspectivas socioculturales para enfrentar los factores que afectan la vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolarizados.

los sectores de educación y salud se basa en la idea de reciprocidad entre la educación y la salud, pues como asegura Meresman “solo un niño sano está en condiciones adecuadas para aprender y aprovechar plenamente la escuela” (2005, párr. 2), pero además aquellos niños y niñas que aprenden a proteger su salud podrán tomar decisiones responsables y actuarán prudentemente frente a ella. Pero a pesar del discurso de los derechos y de la promoción de la salud sobre los cuales se han estructurado políticas y programas que buscan la participación de los niños y niñas, de la abundante producción de material científico que desde diferentes áreas del conocimiento reconocen la importancia de la participación infantil, del interés de sectores gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer mecanismos que empoderen a los niños y niñas, y de todas aquellas experiencias exitosas, existe, entre otros factores, una tendencia evitable que tiene que ver con la resistencia a la participación infantil que continúa colocando a los más pequeños, especialmente en el campo de la salud, como simples receptores de campañas e iniciativas sectoriales y aunque se han hecho esfuerzos puntuales, aún no son claros los lugares desde dónde debe expresarse la infancia, así como tampoco es claro para qué se expresa.

2.4.4 El concepto de resistencia

El concepto de resistencia en algunos enfoques de las ciencias sociales se ha relacionado con discursos, prácticas y acciones subversivas de lucha contra un sistema o un poder político que se percibe opresivo. La resistencia expresa la presencia de posiciones distintas a la instituida por la autoridad, versiones diferentes, por fuera del marco oficial, versiones que configuran visiones del mundo variadas, heterogéneas, conflictivas, contradictorias y que no siempre permiten tener una idea de lo que se está pensando en la sociedad, mostrando con ello lo caótico del mundo social. Se resiste cuando se toma distancia práctica y/o discursiva con relación a planteamientos considerados hegemónicos.

En esta investigación, la resistencia es comprendida como el conjunto de pensamientos influenciados por significaciones, sentimientos, deseos e intereses

particulares que derivan en una actitud de negación hacia la participación infantil. En consecuencia se asume que la resistencia a la participación infantil tiene como base un cúmulo de creencias, valoraciones e imaginarios sobre la niñez que llevan a configurar posiciones y asumir actitudes que no siempre coinciden con lo vivido. Para este caso se piensa en la niñez como ese sector poblacional caracterizado por la inmadurez bio-psico-social, por la incapacidad para asumir funciones valoradas socialmente, y por su condición de vulnerabilidad que exigen prácticas de cuidado y protección por parte de la familia, el Estado y la sociedad. En suma, las resistencias son el resultado de la lucha interior entre subjetividades instaladas y subjetividades por instalar. Las primeras, están relacionadas con una idea particular de niñez que fue requerida para la configuración de la sociedad moderna que abrió sus puertas al capitalismo; las segundas, relacionadas con una nueva forma de entender la niñez en donde la participación infantil se constituye en otro elemento más en la configuración de una sociedad posmoderna que intenta la consolidación final del sistema capitalista a partir de la configuración de sujetos deseantes.

Así pues, en la esencia del cuerpo social contemporáneo, se ha mantenido el concepto de niñez que ha caracterizado a la sociedad moderna (disciplinaria) y aunque parece ser evidente la aceptación que provoca el discurso de los derechos de los niños, no hay una verdadera identificación con el discurso de la participación infantil. En ese sentido, Ligero y Martínez aseguran que prevalecen las ideas relacionadas con los niños y niñas como “seres en cambio o en proceso, seres inestables, propiedad privada de los padres, seres vulnerables que deben ser protegidos, seres no racionales, indómitos y conflictivos” (2003, pp. 54-55).

Las ideas y pensamientos relacionados con la niñez provocan discursos y prácticas sociales normalizadoras que se apoyan en instituciones que reclutan sujetos infantiles para ser disciplinados y vigilados con el objetivo final de formar sujetos adecuados para el nuevo orden social establecido. Estas prácticas institucionalizadas reproducen patrones adultocéntricos que obstaculizan en el niño las posibilidades de desarrollar el máximo de sus potencialidades y capacidades,

deteriorando su capacidad creativa, su asombro por el mundo, su pasión por la pregunta y su interés por lo enigmático.

En consecuencia, la participación infantil está limitada por relaciones de poder adultocéntricas y por condiciones sociales que impulsan situaciones de desventaja para los niños. Así lo aseguran Corona y Linares (2007) cuando plantean que particularmente en latinoamérica, la cultura adultocéntrica está expandida de manera que determina condiciones sociales particulares para los grupos de niños y niñas. Además creen que se requerirá de un largo proceso para la transformación de las relaciones de poder asimétricas y las formas de comunicación unilateral y vertical que se establecen entre lo niños y los adultos de hoy.

Desde la perspectiva adultocéntrica, la resistencia a la participación de los niños y niñas en la vida social está alimentada, entre otras cosas, por el temor de los adultos a reducir su papel protagónico y de autoridad en la socialización, formación, aprendizaje y educación infantil. Zanabria y Fragoso (2006) encontraron en sus investigaciones que los padres se resisten a que sus hijos participen en actividades fuera de la familia o de la escuela porque consideran que estas experiencias producen cambios negativos en los niños y por tanto en la relación que ellos establecen con sus padres. Aseguran las autoras que los padres consideran que con estas experiencias de participación los niños pierden los valores que se les han inculcado, se tornan insolentes, se dificulta su educación y control, y corren mayor riesgo de quedar atrapados por organizaciones juveniles delictivas, pues, en opinión de los padres estudiados, el otorgamiento de los derechos que se les ha hecho los ha llevado a perder el respeto por la autoridad del adulto.

Doltó cree que es por esto que en nuestros días, los adultos se plantean cada vez con más frecuencia las dificultades que tienen para educar y criar a los niños y niñas, pero lo que ocurre es que no han comprendido que educar y criar a un niño “es siempre difícil cuando el adulto no tiene confianza en el ser humano que crece, cuando a toda costa quiere imponerle una forma de vida rígida” (1992, p. 13), pero

si tuviera confianza en las potencialidades, en las capacidades y en las virtudes del niño, tal vez podríamos avanzar hacia la construcción de una sociedad con la que todos soñamos.

Adicionalmente a las resistencias, se producen procesos que obstaculizan la participación infantil. Algunos autores consideran que los mecanismos para ejercer la participación son insuficientes, las condiciones legales exiguas y que existe un exceso de burocracia que la afecta directamente. Rizzini y Thapliyal (2007) encontraron en sus investigaciones que los niños y niñas identifican ausencia de oportunidades y sienten que se les deja jugar el rol de observadores sin que exista una participación clara, pero además, aseguran que los niños y niñas saben cuándo se les está violando el derecho a participar, aunque desconocen los mecanismos con los que cuentan para reclamarlo. Así pues, la participación infantil requiere no solo de espacios sociales de participación real, sino también de marcos legales y jurídicos que puedan ser llevados a la cotidianidad de los niños y niñas, y de procesos ágiles que resulten en programas consensuados, en definición de ámbitos de aplicación y en condiciones para participar, lo que de entrada implica el manejo de la confrontación de las formas tradicionales de relación entre niños y adultos, planteando un amplio debate que exige resignificar el concepto de ciudadanía, democracia, autoridad y política pública (Carvalho y Restrepo, 2006).

Todo esto invita a pensar en la superación de la participación promovida por instituciones públicas y privadas, en las que muchas veces se obliga a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a participar (De Armenteras et al, 2004), olvidando que la verdadera participación infantil es aquella que surge de forma natural, sin la presión o dirección de otros, es decir, que la participación genuina es aquella que surge desde lo endógeno, pues de lo contrario estos ejercicios no dejan de ser simples participaciones simbólicas, decorativas, manipuladas y francos procesos de ventriloquía en la que la voz del adulto se expresa a través de la anatomo-fisiología del niño.

En algunos trabajos se han identificado factores de tipo social y demográfico que influyen en la resistencia que se tiene hacia la participación infantil. Corona (2007) identifica por ejemplo la clase social, la etnia, el lugar que se ocupa en la familia, la edad y el género como factores que afectan la participación. Se ha descrito que en hogares numerosos disminuyen las posibilidades de participación de los niños/as, que los hogares pobres reducen también las posibilidades de participación aunque aumentan las acciones de los niños/as en el hogar, que el nivel educativo reduce la participación, que el desconocimiento que tienen los niños/as sobre sus derechos y los mecanismos para hacerlos valer afectan sus posibilidades de participación, que la falta de experiencia de los niños/as en procesos participativos también afectan sus posibilidades para participar. Por el contrario, se ha encontrado que factores como el mayor acceso a la tecnología aumenta las posibilidades de participación (Calderón, 2003).

Ahora bien, son muchos los sectores que reconocen los derechos de los niños y niñas, pero no logran identificarse del todo con la participación infantil, de manera que al estar presentes en actividades en las que es posible la participación de los niños y niñas, son ellos, adultos de estos sectores, quienes definen espacios, tiempos, formas y mecanismos para que los niños participen. En efecto, muchos adultos desconocen las necesidades de organización y las capacidades que tienen los niños y niñas para para participar, pues como lo refiere Muñoz (2007), los adultos no saben cuál debe ser el grado de acompañamiento que requieren los niños en relación con sus capacidades, lo que indica que la tan mencionada *incapacidad* de los niños no sea más que la propia incapacidad del adulto para conocer y comprender entre otras cosas el lenguaje propio de los niños y tal vez por ello, como lo advierten Carvalho y Restrepo (2006), ocurre que muchos ejercicios de participación infantil hayan fracasado.

El debate frente al tema relacionado con la definición de los límites de la autonomía de los niños y niñas como elemento esencial en los procesos participativos continúa, lo que debe quedar claro es que en términos participativos,

los niños y niñas no son propiedad de los adultos, se pertenecen a ellos mismos y dado que uno de sus derechos es tener y disfrutar plenamente su infancia sin que detrás de él se encuentre un adulto moldeando su conducta, disciplinando su comportamiento, controlando sus actitudes, violando su espacio propio, sus gustos y necesidades, es que se requiere confrontar y modificar el significado moderno de la infancia.

CAPÍTULO III

LA RUTA METODOLÓGICA PARA LA COMPRENSIÓN/INTERPRETACIÓN

Se realizó un *estudio de casos múltiple instrumental* (Alonso, 2003) con *enfoque hermenéutico* (Herrera, 2010). Es decir, que para capturar el fenómeno de estudio: *la resistencia a la participación infantil* de manera profunda y en su contexto habitual, se tomaron tres IED en las que funcionara el programa SAC. Estas instituciones actuaron como casos instrumentales en tanto cada una de ellas sirvió como instrumento para indagar por las resistencias a la participación en el marco de los programas de promoción de la salud. El enfoque hermenéutico se plantea como una forma de comprender e interpretar teóricamente la experiencia humana, experiencia a la que siempre se vuelve de nuevo por cuanto en cada visita se aprende también algo nuevo.

De lo que se trató fue hacer un análisis de *cómo* se producen los procesos de participación infantil y en ellos *qué* factores de resistencia se encontraban teniendo como marco teórico y experiencial el discurso de la promoción de la salud en los programas que llevan su mismo nombre y que se desarrollaban en cada IED para lograr un nivel comprensivo/interpretativo de lo que allí ocurría. Esto implicó hacer un análisis de lo que Noya (1999, p. 129) llamó los “textos de interacción, es decir, de cualquier documento escrito, oral o visual que recoja una interacción entre individuos” dentro de su propio contexto y en sus particulares situaciones sociales, pues fue a partir de ello que se intentó llegar a la comprensión/interpretación de esa realidad.

No se trataba de hacer un estudio comparativo entre los casos, por ello se buscó hacer una interpretación de los procesos participativos con los diferentes matices en los que se los pudiera encontrar y a partir de esas muestras particulares se fue construyendo el estudio de casos múltiple para ir conociendo los aspectos

estructurales que se dieran con relación al objeto de estudio de forma exhaustiva y en profundidad, sin que existiera una pretensión de generalización, por lo menos no de tipo estadística (Runkel citado por Stake, 1998, p. 42).

Los procesos de participación infantil en los programas de promoción de la salud resultaron específicos y complejos en su estructura y funcionamiento, ello invitó a conocerlos muy bien, observando su desarrollo, lo que sucedía en ellos, su significado con lo que se fue reorientando la observación del fenómeno. En efecto, lo que se buscó en este trabajo de investigación fue la *familiarización* con los procesos de participación de los niños para advertir cómo fueron las luchas ante las limitaciones, cómo se hizo frente a los problemas, cuáles fueron las dificultades o cómo fueron favorecidos. Se intentó descubrir por qué, a pesar de que la participación infantil es un elemento nuclear para el éxito del modelo de promoción de la salud, existen problemas, actitudes conflictivas alrededor de ella y una compleja historia del programa en términos de participación de los niños.

Ahora bien, el planteamiento de la pregunta alrededor del fenómeno de estudio se constituyó en el elemento central en esta investigación, sin embargo, en este estudio de casos las condiciones contextuales en las que se desarrolló el fenómeno tomaron una gran relevancia porque el fenómeno social no podía ser aislado de su contexto y por lo tanto se precisó de una serie elevada de encuentros para identificar la gran variedad de factores que influyeron, pero que al funcionar en conjunto formaron el todo que se quería comprender, en ese sentido, se identifica en la investigación la esencia del trabajo hermenéutico.

Lo anterior implicó la presencia permanente de la investigadora en el campo, pues a través del seguimiento de cada caso, se pudo recoger lo que estaba ocurriendo, darle sentido y lograr el nivel interpretativo deseado. Hacer el rastreo de los procesos de participación infantil a través de las preguntas *cómo* se producen, llevó finalmente a alcanzar el nivel comprensivo esperado. Así pues, esta investigación se enmarca en un trabajo de tipo hermenéutico y estudió en

profundidad los procesos de participación como un evento contemporáneo dentro de un contexto de la vida real, con la intención final de comprender a través de una función personal y de la búsqueda de acontecimientos para construir conocimiento.

3.1 Las técnicas metodológicas

La unidad de análisis estuvo constituida por todos aquellos enunciados emitidos desde las diversas fuentes.

Las fuentes utilizadas para comprender/interpretar las resistencias a la participación infantil fueron múltiples y variadas, entre ellas están los documentos, las personas, los contextos de sentidos y relaciones, y los acontecimientos o situaciones sociales las cuales se constituyeron en fuentes primarias a partir de las cuales se recogió la información necesaria, sin embargo, seleccionar cada una de esas fuentes implicó proceder gradualmente de manera que se asegurara la variabilidad, pero sobre todo que se garantizara aprender sobre los casos estudiados.

En relación con las personas basta decir que fueron ellas las que tomaron un valor significativo en la elaboración de esta investigación, pues lo que se buscaba era conocer sus ópticas, perspectivas, posiciones y argumentaciones diferentes, pero también sus luchas, limitaciones, temores y resistencias intentando, como dijo Stake (1998), mantener las realidades múltiples y las múltiples visiones, incluso aquellas que resultaran contradictorias. Esto por supuesto significó el aprecio a la perspectiva de todos los actores vinculados a los procesos participativos de los niños y niñas como los educadores, padres de familia, profesionales de la salud así como los mismos niños.

Los contextos se constituyeron en una fuente primordial de información por cuanto fue en ellos donde el fenómeno se desarrolló y donde quedaron registrados los significados de los actores. En ese sentido, sobresalieron las imágenes, las

normas y las prácticas instituidas que modularon los encuentros entre los niños y los profesionales de salud.

En cuanto a los acontecimientos o situaciones sociales particulares relacionadas con el fenómeno, fueron éstas las que resultaron de máxima importancia por cuanto a través de ellas se obtuvo una valoración de los procesos participativos, las dinámicas que se generaron, las limitaciones, el rol de los actores, etc.

La recolección de la información se inició con las primeras impresiones que se fueron teniendo al entrar en contacto con los casos e inclusive antes de ello. Se propuso escoger tres casos representados en igual número de IED ubicadas en diferentes localidades de Bogotá, donde fueron dispuestos dos momentos para la recolección de la información:

La visita inicial en la que se entró en contacto directo con los casos para socializar el proyecto de investigación con las directivas institucionales, hacer acuerdos, definir compromisos, negociar acciones, definir fuentes, establecer horarios, obtener el consentimiento informado y realizar las primeras observaciones del contexto y de los actores sociales.

Las visitas de recolección en las que se realizó la recogida de la información propiamente dicha, respondiendo a los cronogramas establecidos por cada equipo SAC y por las directivas de cada IED. Esto implicó la estructuración de un cronograma general que se desarrolló para acceder a tiempos y lugares que no riñeran con las actividades programadas por el equipo humano que acompañaba a los niños y niñas. En esta fase se entró en un franco contacto con los casos seleccionados y se obtuvo de primera mano toda la información necesaria que permitiera entrar a responder las preguntas planteadas. Aquí se hizo todo un despliegue de habilidades en observación, comunicación, registro y negociación a través de una serie de herramientas que permitió la *propagación de información* que

fué capturada a través de los registros de campo, videos, reproductores de audio y fotografías.

Los criterios de selección de los casos fueron cinco: i) que las instituciones educativas fueran del distrito, ii) que en esas instituciones se encontraran en desarrollo los programas de promoción de la salud, ii) que a esas instituciones asistieran niños y niñas de educación básica primaria, iv) que las directivas institucionales mostraran interés por la investigación propuesta, v) que el equipo profesional del programa SAC aceptara la vinculación de la investigadora como miembro del grupo.

Las herramientas para la recolección de la información fueron múltiples por cuanto se pretendía lograr gran profundidad en este estudio de casos. Se consideró que las herramientas por sí solas podían resultar falibles y por ello se propuso el uso de múltiples instrumentos de recolección de información que permitieran triangular la información. Se utilizaron entonces las siguientes herramientas:

La *evidencia documental* en la que se examinaron documentos, artículos, proyectos, programas, informes, descripciones de actividades, etc. que ofrecieron información adicional sobre los programas, personajes, lugares y acontecimientos relacionados con el fenómeno estudiado.

La *observación directa* que fue una de las más importantes herramientas en la recolección de la información, pues permitió tener una visión amplia de los actores, lugares y acontecimientos. Lo que se buscó con ella fué la mejor comprensión posible, de manera que se logró hacer un registro pormenorizado de las fuentes en campo. En efecto, con la observación se dejó que la ocasión, sin ser interferida por la investigadora, relatara su historia, su situación, su problema y la solución o no de éste, lo que significó que para el uso de esta herramienta, fué indispensable encontrar buenos momentos que revelaran la complejidad única de

los casos con la pretensión de hacer una descripción densa y única que ofreciera elementos para una buena descripción. Por eso, la investigadora hizo observaciones emitiendo juicios subjetivos, analizando y resumiendo para ir comprendiendo las complejas relaciones entre todo lo que existe, pues como diría Simmel lo que se quería era comprender “los múltiples efectos recíprocos que a cada instante conforman la vida social” (2002, p. 15). La presencia de la investigadora en terreno fué como observadora no intervencionista, sin llamar la atención, y lo que no se pudo observar se preguntó a los actores que supieran sobre cada caso.

La entrevista individual, focal y encuesta fueron herramientas utilizadas para obtener descripciones e interpretaciones de los niños y niñas, profesionales, padres de familia y maestros sobre los eventos que no pudieron ser observados por la investigadora. La entrevista fue el camino ideal para conocer las realidades múltiples de cada entrevistado quien tenía experiencias únicas; por ello no se utilizó la entrevista cerrada, pues la idea era obtener una descripción detallada, una relación y una explicación del personaje. La reconstrucción de las entrevistas se hizo a través de la transcripción total de éstas y de las notas o memos interpretativos de la investigadora. Por su lado, la encuesta fue utilizada para recoger información de tipo cuantitativa relacionada con las características socio-demográfica de la población, pues de ésta fue extraído el grupo de actores con los que se trabajó, así mismo, la encuesta permitió indagar sobre algunos aspectos relacionados con los procesos de participación infantil.

La entrevista a informadores clave fué utilizada con aquellos niños y niñas con experiencia de participación en los programas de promoción de la salud y que fueran reconocidos en el ámbito escolar como líderes en los procesos de salud.

Los dibujos fueron utilizados con los niños y niñas como estrategia de acercamiento a los más pequeños y como herramienta de recolección de información a partir de unas preguntas orientadoras planteadas por la investigadora.

Los cuadernos viajeros fueron contemplados como una forma de acercamiento a los niños y niñas a través del registro de sus opiniones, perspectivas, sentimientos, posiciones y argumentaciones relacionadas con la participación infantil en general y con la participación infantil en los programas de promoción de la salud en particular. Para cada caso fue puesto en circulación durante un mes, un cuaderno viajero que llegó a manos de los niños y niñas de diferentes cursos de primaria, seleccionados intencionalmente por la directora de cada curso y teniendo como base las habilidades de lecto-escritura de cada niño. En cada cuaderno se redactó un cuento infantil relacionado con el tema de la participación infantil, en el que se daba inicio al cuento y se desarrollaba parte del nudo para que los niños y niñas completaran desde sus perspectivas el nudo y el desenlace del cuento. Para llevar a cabo esta escritura, los niños y niñas recibieron apoyo a través de unas preguntas orientadoras que les ayudó a centrar la escritura en el tema que se estaba tratando. Adicionalmente, se les motivó para que realizaran dibujos y explicaran con sus palabras el significado de cada uno de ellos. En el cuadro que sigue se presentan las técnicas de la investigación.

FUENTES		TÉCNICAS	INSTRUMENTOS DE REGISTRO	NÚMERO		
				CASO 1	CASO 2	CASO 3
ACONTECIMIENTO		Observación directa	Diario de campo Videograbación Fotografía	3	3	3
ACTORES	Niños y niñas	Dibujos Narrativas	Cuaderno viajero	1 15 niños/a s	1 20 niños/a s	1 10 niños/a s
	Maestros	Entrevista individual	Audio-grabación	8	7	5
		Entrevista grupo focal		1	1	1
		Encuesta		Formulario	9	16
	Profesionales	Entrevista individual	Audio-grabación	3	3	3
		Encuesta	Formulario	7	7	4
	Padres	Entrevista grupo focal	Audio-grabación	1	1	1
		Encuesta	Formulario auto diligenciado	263	243	356
DOCUMENTOS	Programa SAC	Lectura	Notas y memos: nivel de explicitación, reiteración, concreción, coherencia e intertextualidad	7		
	Colegios PEI MC	Lectura	Notas y memos: nivel de explicitación, reiteración, concreción, coherencia e intertextualidad	2	2	2

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 2. Las técnicas de la investigación

El almacenamiento, organización y clasificación de la información se inició con los datos provenientes de las entrevistas individual, de grupo focal y de informadores clave capturadas por medio de la grabación de audio y los diarios de campo. Esta información fue transcrita en detalle y convertida, junto con la evidencia documental, las notas y memos, en *archivos electrónicos textuales* con la ayuda de Atlas. Ti Versión 6.2. La información obtenida de los cuadernos viajeros y

los dibujos de los niños y niñas fue capturada con fotografías y escanografías de imágenes y narrativas que en conjunto conformaron los *archivos electrónicos de imagen*. Por su lado, la información recogida en las encuestas fue organizada en *archivos electrónicos de bases de datos* que fueron contruidos en Microsoft Excel. A su vez en cada uno de estos tres tipos de archivos, la información fue organizada en *carpetas temáticas por caso* de estudio, lo que significa que en cada archivo se conformaron tres carpetas temáticas cada una de ellas por cada caso. En este punto se consideró que la información estaba lista para iniciar la fase de análisis hermenéutico para los dos primeros archivos y el análisis estadístico para los archivos electrónicos de bases de datos.

El análisis e interpretación de la información se inició desde cada carpeta temática por caso. Para los archivos electrónicos textuales el análisis empezó con la *segmentación* de toda la información y su *reducción* a *categorías inductivas* que posteriormente fueron *codificadas*. En este proceso se obtuvieron 2130 códigos respaldados por sus respectivas categorías, y 189 memos en los que se iban registrando las apreciaciones de la investigadora. Llegados a este punto, los códigos fueron sometidos a un proceso de relacionamiento y agrupación por temas, enriquecidos con las apreciaciones de la investigadora, con lo que se dio paso a la fase central del análisis en la que, a través de un proceso descriptivo e interpretativo, se intentó *decir algo* sobre el grupo de categorías y códigos conformados por tema, dando origen al planteamiento de los *asertos primarios*, es decir, una especie de generalización analítica sobre cada temática en cada uno de los casos. Posteriormente, se procedió a relacionar los asertos primarios de cada caso para decir algo sobre cada temática de los casos en conjunto y con ello plantear los *asertos secundarios*, es decir, una especie de generalización analítica sobre las temáticas de todos los casos. Los asertos secundarios nutridos de la experiencia personal de la investigadora, del estudio y de la producción de otras investigaciones, conformaron la esencia para la estructuración de las narraciones parciales que luego, al ser organizadas en una narración final, aportaron en la consecución de la respuesta a las preguntas de la investigación.

Los archivos electrónicos de imagen también fueron organizados por carpeta temática para cada caso. En cada carpeta las imágenes y narrativas producidas por los niños y niñas, fueron reducidas a categorías inductivas a partir de las cuales se establecieron asertos primarios que posteriormente se relacionaron con la producción de los otros casos para generar los asertos secundarios.

En el caso de los archivos de bases de datos, se construyeron enMicrosoft Excel tres bases de datos en las que se registró información relacionada con la caracterización de la población de niños y niñas, maestros, padres de familia y profesionales de la salud. Una vez establecidas estas bases de datos, se realizó el análisis a través de la estadística descriptiva.

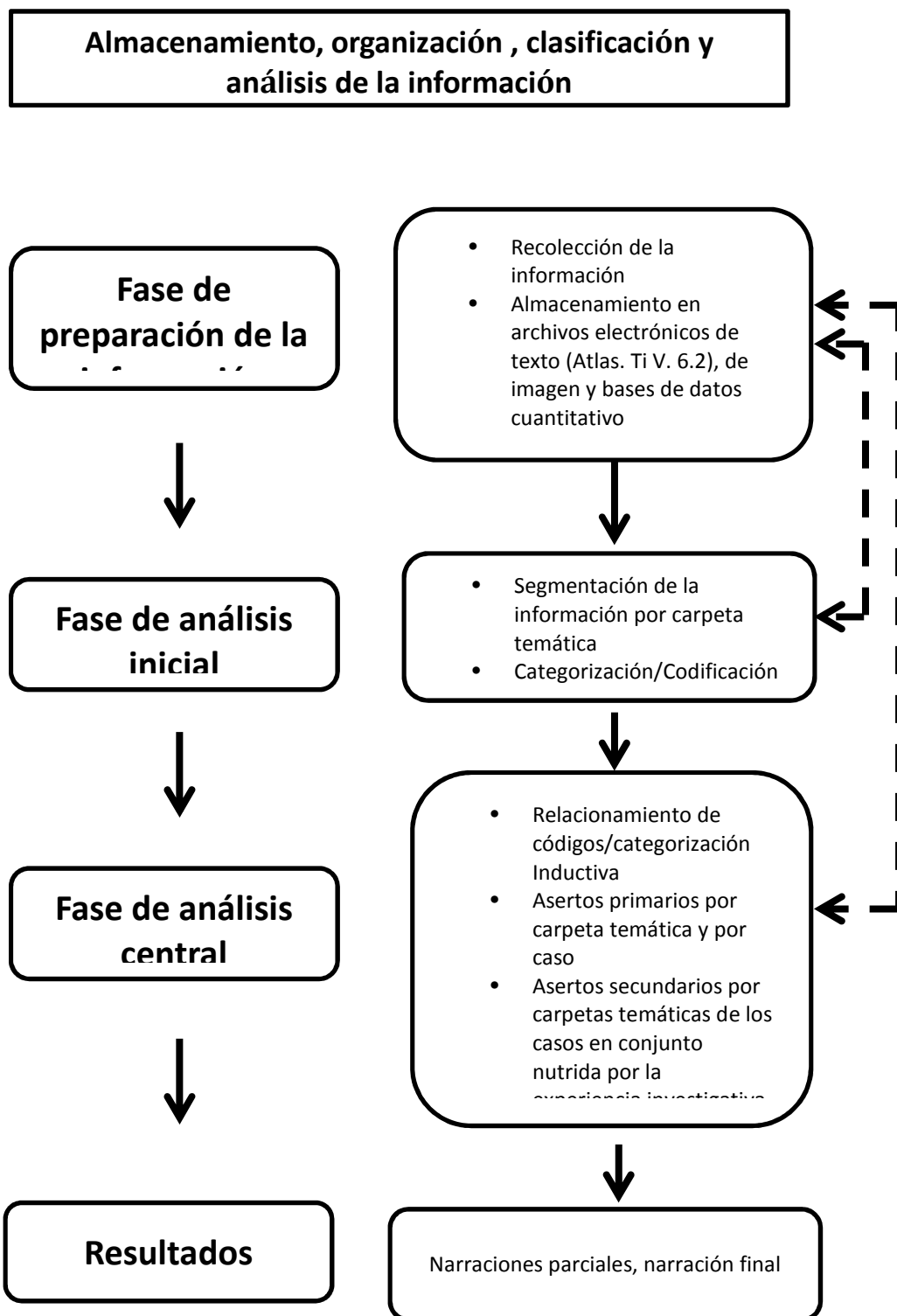


Figura 1. Fases del proceso de preparación y análisis de la información

Como se dijo, no se quería hacer un estudio comparativo entre los tres casos, pues de lo que se trataba era de construir una narración final en la que se planteara una generalización analítica proveniente de los tres casos que pudiera fortalecer la teoría ya planteada para el tema de la participación infantil. Es claro que mediante una cadena de evidencias, el lector de esta investigación se verá enfrentado a un viaje que se inicia en el planteamiento de la preguntas²⁴ hasta su respuesta, a través de la construcción de una narración lógica que permite hacer las inferencias necesarias para comprender/interpretar los *procesos de resistencia a la participación infantil*. En esa narración aparecieron las cosas que ocurren más o menos en el mismo momento y lugar, sin que se dé una explicación causal, pues como dijo Dilthey citado por Stake, así se logra “comprender que las acciones humanas importantes pocas veces tienen una causa simple [...] sino que son sucesos complejos que se producen continuamente, sin que haya oportunidad, ni siquiera posibilidad, de sonsacar las causas” (1998, pp. 43-44).

La garantía de validez, consistencia y confiabilidad es lograda particularmente por los estudios de casos múltiple, en tanto cada caso en sí mismo permitió reforzar la validez interna del estudio y la replicación teórica como mecanismo de validez externa porque se reprodujo la experiencia de cada caso en los otros casos, con el fin de verificar los resultados y clarificar sus determinantes. Se utilizaron otros mecanismos para garantizar la validez, consistencia y confiabilidad así:

-Devolución de la información a las fuentes para asegurar la precisión del registro y de la interpretación elaborada por la investigadora.

-La triangulación de fuentes que fue utilizada como estrategia de validez y rigurosidad demostrables para reducir al mínimo las falsas representaciones e interpretaciones. Con la triangulación se pudo determinar si los casos siguen siendo

²⁴ En este estudio de casos no se descartó el enfoque progresivo, pues se tuvo la oportunidad de substituir algunas preguntas iniciales por otras que se derivaron de temas nuevos.

los mismos en otros momentos, espacios o cuando las personas interactúan en forma diferente.

-La triangulación de herramientas utilizadas en la recolección de la información fue utilizada como mecanismo que permitió establecer y confirmar los asertos primarios y secundarios y los esfuerzos por cuestionarlos.

CAPÍTULO IV

LA SALUD ESCOLAR EN COLOMBIA

Las políticas y programas de salud en Colombia han sido el resultado de la lucha entre doctrinas epistemológicas que buscaban el mejor posicionamiento posible para respaldar con ello intereses políticos, económicos y sociales que dominarían cada uno de los momentos de la historia de nuestro país. Bajo estos intereses, las instituciones educativas han resultado ser el escenario ideal y privilegiado para expandir una serie de enfoques teóricos y metodológicos relacionados con programas de salud que dirigen sus acciones a la población infantil escolarizada.

4.1 Breve reseña de la salud escolar en Colombia

A comienzos del siglo pasado, el enfoque de las políticas de salud en general tenía un carácter higienista que develaba el interés por la salubridad de los puertos, pues en el marco y fortalecimiento de la expansión capitalista, la protección de las fronteras del país contra epidemias provocadas por enfermedades infecciosas como el cólera, la viruela, la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea, la fiebre aftosa y la peste (Hernández, 2002, p. 21) era una prioridad en la política de salud. Para esa época, la vigilancia y el control de los puertos se constituían en la principal acción de la salud pública para evitar el riesgo de enfermedad en la población colombiana, por eso, la salud escolar aún no ocupaba un lugar especial dentro de las políticas públicas de salud definidas por el Estado. Pero a pesar de ello, las acciones higienistas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas de la comunidad educativa eran frecuentes aunque no prioritarias.

Con el gran avance científico, especialmente en áreas como la medicina, la biología, la microbiología y la inmunología, la comunidad científica comenzaba a contar con sólidos recursos teóricos para conocer la causa, distribución, frecuencia

y factores relacionados con muchas de las enfermedades infecciosas que por esa época ocasionaban altas tasas de morbi-mortalidad especialmente en la población infantil.

Los programas de salud en las escuelas fortalecían el enfoque higienista para prevenir la enfermedad, pero además, ofrecían experiencias para perfeccionar la estadística como instrumento de control y vigilancia de las enfermedades prevalentes. En el espacio escolar se realizaban campañas contra las enfermedades infecto-contagiosas, se inmunizaban los niños a través de jornadas de vacunación, se luchaba contra las plagas, se procuraba la dotación de servicios básicos y el adecuado manejo de los desechos.

Desde esta época, la perspectiva higienista focalizaba sus acciones en los más pobres porque desde las ciencias médicas y la epidemiología clásica, se consideraba que los sectores con bajos niveles sociales y económicos tenían mayores probabilidades de enfermar y morir por no estar bien alimentados, tener mayor exposición a agentes patógenos y poseer malos hábitos de vida. Por eso la escuela pública era un escenario habitual para la ejecución de estas acciones, aunque siempre resultaban insuficientes en la lucha contra las enfermedades infecciosas, en tanto debían generarse también actividades curativas y asistenciales, las cuales se encontraban bajo el dominio de los saberes de la medicina privada que no siempre llegaba a la población pobre.

En el marco de un proyecto nacional de mejoramiento de la raza, basado en la bien posicionada teoría de la evolución de la especie del científico Charles Darwin, y con una “imagen pesimista del estado de la raza y de la infancia colombiana [...] afectadas por profundas y gravísimas patologías físicas, mentales, morales y sociales” (Sáenz, Saldarriaga y Ospina, 1997, p. 11), el interés por la salud infantil crecía de tal manera que validaría no solo las ya instauradas prácticas higiénicas, sino también prácticas eugenésicas con las que se procuraba revertir las consecuencias de las enfermedades sobre los cuerpos débiles de los infantes y mejorar su esencia

biológica.

Un aspecto importante de ese proyecto tenía que ver con el fortalecimiento de la esencia biológica de los niños, lo que exigía la protección y potenciación de esos cuerpos débiles y vulnerables frente a un medio contaminado por enfermedades, malas prácticas de cuidado y situaciones peligrosas que requerían ser atendidas a través de masivos programas de nutrición, inmunización, higiene, control antropométrico y del ambiente en el que vivían. Solo así se favorecería la adaptación al medio, el equilibrio orgánico y la aptitud adecuada para cultivar a esos sujetos fuertes y útiles.

Todas estas acciones en salud infantil privilegiaron al espacio escolar, que ya venía desplazando a la familia como el lugar más adecuado para las prácticas de protección, higienización y moralización de los niños y niñas. Los postulados darwinianos biológicos y evolucionistas tenían fuerza en este espacio, y sin ser abandonados por completo, poco a poco se abrían las puertas para la transición desde la pedagogía tradicional anclada fuertemente al concepto evolucionista, hacia una nueva pedagogía: la de la escuela activa.

En este nuevo enfoque los niños y niñas debían tomar parte en los métodos disciplinarios en los que “los procesos mentales de integración y análisis crítico-reflexivo serían el resultado de la sistemática y permanente observación, medición, examen, clasificación, selección, vigorización, medicalización, moralización y protección del niño” (Sáenz, Saldarriaga y Ospina, 1997, p. 25).

La perspectiva biológica y evolucionista sobre los niños y la pedagogía de la escuela activa, confluyeron en el espacio escolar para solidificar aún más y difundir la idea de infancia como la etapa primaria del ciclo evolutivo del hombre, en la que era preciso intervenir para evitar el riesgo y la enfermedad. Esta idea promueve acciones de protección infantil ayudando a la fácil apropiación del discurso que respaldaba la defensa de los niños y niñas por su condición. El discurso

proteccionista encontró apoyo en la ya publicada *Carta Fundamental de los Derechos del Niño*, que más adelante daría paso al discurso de los derechos del niño.

Mientras tanto, un poco más allá de la segunda mitad del siglo pasado, las condiciones políticas y sociales por las que atravesaba Colombia, lesionaron la cooperación internacional para la lucha contra las enfermedades de transmisión. Esta situación facilitó que el discurso de la Atención Primaria en Salud (APS), promovido por las organizaciones internacionales de salud como la OMS y la OPS, tomara lugar en el país y se iniciara una época en la que estrategias como la educación para la salud hacia la comunidad, las acciones de promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y la gestión adecuada de los servicios de salud (Hernández, 2002, p. 125) empezaran a impactar de manera positiva en los indicadores básicos de salud.

En principio, estas estrategias estaban concentradas en los centros de salud pero gradualmente se fueron extendiendo a las escuelas públicas que se encontraban ubicadas en el área de cobertura de cada centro. Los programas de seguimiento al crecimiento y desarrollo de los niños sanos, la vacunación contra enfermedades como la varicela, difteria, tétanos y tosferina, y la nutrición e higiene fueron ampliamente desarrollados durante buena parte de esta época.

Simultáneamente, el contexto político internacional se hacía cada vez más álgido por la confrontación entre ideas socialistas y capitalistas, por ello, en la década de los sesenta el gobierno de los Estados Unidos (E.U.) lanza una política internacional de apoyo económico, político y social para los países latinoamericanos como estrategia de fortalecimiento de la expansión capitalista en la región. A manera de preámbulo, se realiza en Bogotá la tercera reunión del *Grupo de los 21* en la que nace la *Alianza para el Progreso* (APP) que, entre otras cosas, impondría las teorías de la modernización cuyo marco conceptual “[...] articulaba un conjunto de suposiciones sobre la naturaleza de la sociedad

estadounidense y su capacidad para transformar un mundo que percibía tanto material como culturalmente deficiente” (Latham, 2000, p. 5).

Con la APP la salud comenzó a ser apreciada como un derecho humano que requería la integración de los programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria en la planificación de los servicios de salud. Más aún, la salud infantil empezó a ser concebida como un derecho de los niños y niñas que necesitaba del fortalecimiento de los programas de nutrición, educación y vacunación con la idea de favorecer el desarrollo infantil. Sin embargo, en Colombia la integración de los programas de salud no se dio dadas las condiciones políticas y sociales que mantuvieron un enfoque centralizado y vertical, y cuyas consecuencias fueron las altas tasas de mortalidad materna e infantil secundarias a la prevalencia de desnutrición proteico-calórica especialmente en los escolares, al aumento de la morbilidad por enfermedades infecciosas, parasitarias, transmisibles e inmunoprevenibles, a las altas tasas de fecundidad y la baja cobertura de los servicios primarios de salud.

La integración de los programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación se buscaba con la creación de más centros de salud, pero la falta de recursos económicos y humanos para la construcción de la infraestructura necesaria y para el desarrollo de los programas de salud entorpeció ese propósito. Ante tanta dificultad se estimuló la capacidad de gestión de la comunidad que daría como resultado la autoconstrucción de infraestructura sanitaria y el fortalecimiento de la estrategia de participación comunitaria en salud.

Los proyectos de participación también se empezaron a gestar en las escuelas públicas en las que se promovía una idea de la Unesco para las zonas rurales de los países latinoamericanos y en la que se integraban aspectos teóricos de la escuela activa. Esta idea fue la escuela unitaria o escuela unidocente que en Colombia, fue ensayada en el departamento del Norte de Santander en 1967 y en Antioquia en 1968, con la idea de que los niños y niñas logran la primaria

completa en las escuelas rurales a través del uso de estrategias que incluían la promoción de la educación activa e individualizada, el uso de fichas autodidácticas, la enseñanza multigrado y la promoción automática. La escuela unitaria convertiría a la escuela en el lugar propicio para la experimentación en la aplicación de los saberes de las disciplinas nacientes de la modernidad a saber: la psicología infantil, la pedagogía, la pediatría, la puericultura, etc., las cuales tenían como objeto de conocimiento al niño.

Corrían ya los años setenta en Colombia y el trabajo sostenido que se venía realizando por la integración de los programas de salud y la coordinación del sistema de salud, por fin daba sus primeros frutos. Los indicadores de salud empezaron a mostrar avances importantes en el área materno-infantil y en el saneamiento básico. En el contexto internacional se producían cambios importantes en el campo de la salud, de la mano de organismos internacionales como la OPS, OMS y el Unicef, pues como ya se ha planteado, en Alma Ata (Kazajistán), en el año 1978, estos organismos convocaron a la antes mencionada Conferencia Internacional sobre APS con el propósito de promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo.

La Declaración de Alma Ata sugería otra forma de organización y gestión de los sistemas de salud para mejorar el nivel de vida especialmente de las poblaciones menos favorecidas y por ello definió la meta *Salud para Todos en el año 2000* (SPT/2000). La Declaración insistió en la salud como derecho humano fundamental, en la intervención de otros sectores y no solo del sector salud para lograr la salud de las poblaciones, hablaba de la desigualdad del estado de salud entre las poblaciones de los países desarrollados y subdesarrollados, pero también señalaba la desigualdad al interior de estos países. Y si bien consideraba la salud como un derecho, aseguraba también que la comunidad tenía la obligación de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud, que los gobiernos estaban obligados a proteger la salud de sus pueblos, y que la APS era la estrategia más conveniente para lograr unos niveles de salud adecuados que llevarían a la

humanidad a alcanzar el desarrollo económico y social sostenido necesario para mejorar la calidad de vida y lograr la paz mundial (OPS/OMS, 1978).

La APS recogía elementos centrales de experiencias exitosas en salud de otros países. Particularmente en Colombia se desarrollaron propuestas como la consolidación del año rural obligatorio que debían practicar los egresados de las facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología en zonas rurales, urbano-marginales, en servicios de salud que atendieran casos de emergencias o catástrofes públicas y en actividades docentes relacionadas con la investigación. Se propuso además el fortalecimiento del programa de promotoras rurales de salud, es decir, aquellas personas residentes de las comunidades intervenidas, aceptadas y reconocidas por sus vecinos, con capacidades para leer, escribir y comprender, preparadas en temáticas relacionadas con salud pública, atención primaria y promoción de la salud, y quienes asumían como personal de cuidado primario en salud.

De igual forma, se produjo el fortalecimiento de los centros de salud que posteriormente se transformarían en unidades primarias de atención (UPA) en donde se integrarían los servicios del área materno-infantil, planificación familiar, toma y lectura de citologías, atención en infecciones respiratorias agudas, atención en enfermedad diarreica aguda, farmacodependencia, suministro y administración de medicamentos formulados, sales de rehidratación oral, primeros auxilios, vacunación, vigilancia epidemiológica, educación nutricional, saneamiento ambiental, y hasta planes de participación comunitaria que al operar ayudarían a aumentar coberturas, cambiar actitudes frente a los servicios de salud y promover comportamientos para prevenir la enfermedad. Todas estas experiencias se constituyeron en acciones de atención básica en salud que mostraron en su época muy buenos resultados para la salud comunitaria pues los indicadores de salud por fin empezaban a mostrar avances en el campo (Hernández, 2002).

Mientras la APS se fortalecía en el país, el ambiente económico mundial empezaba a enrarecerse impactando de manera negativa las políticas sociales y particularmente las políticas de salud. La crisis económica obligó a mirar hacia otros frentes de acción para atender las necesidades en salud de la población colombiana, lo que en principio motivó a invertir los escasos recursos en acciones básicas de saneamiento, acceso alimentario, educación, y el fortalecimiento de la participación comunitaria. Ambas circunstancias: la crisis económica y la estrategia de APS parecían sintonizar, pues se deja de lado el enfoque curativo que resultaba costoso y se concentraron los esfuerzos en acciones promocionales, preventivas y ambientales con procedimientos sencillos y de bajo costo.

Durante la década de los ochenta confluían algunos procesos que darían como resultado la confrontación de intereses y la conformación final de un nuevo sistema de salud en el país. En primer lugar, se estaba iniciando un proceso de descentralización política, administrativa y fiscal que impactaría de manera frontal a la salud; en segundo lugar, la OPS y la OMS afianzaban la cooperación internacional y apoyaban el fortalecimiento de la APS para alcanzar la SPT/2000; y en tercer lugar, el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Reserva Federal de los E.U. formulaban políticas de financiación de los sistemas de salud para profundizar y fortalecer la globalización económica. Al asumir las recomendaciones de estos organismos internacionales, Colombia sufrió la peor crisis financiera que condujo a la aceleración del proceso de descentralización, la deslegitimación del Estado, el fortalecimiento de los grupos insurgentes, la clientelización de la política y la baja participación comunitaria.

En ese marco de crisis, la APS continúa siendo la estrategia para ofrecer servicios de salud de bajo costo y alto impacto a pesar que los indicadores de salud, especialmente de la infancia, mostraban un deterioro importante. Ante esta situación el Ministerio de Salud convoca a diferentes sectores para lanzar el *Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil (SUPERVIVIR)* al que posteriormente se vincularían otros sectores como el Ministerio de Educación.

Como elemento novedoso, el plan incluía conocimientos y prácticas de salud de las comunidades que aportaron para su construcción.

En los colegios el plan tomó forma en el *Programa de Educación Preventiva en Salud* cuya estrategia central era la capacitación de docentes de las áreas de ciencias naturales y comportamiento y salud, y la capacitación de alumnos de noveno y décimo grado en temas de salud. Esta articulación salud-educación en el currículo formal de la educación básica y media, tenía como propósito la formación de *Vigías de Salud* o alumnos de los últimos grados que entraban en contacto con comunidades vulnerables con las que trabajaban aspectos relacionados con la prevención de enfermedades perinatales, prevención de enfermedad diarreica aguda, prevención de infección respiratoria aguda, prevención de la malnutrición, enfermedades inmunoprevenibles, accidentes y deprivación psicoafectiva, pero adicionalmente realizaban acciones de saneamiento básico y de promoción de la salud para el desarrollo de hábitos saludables.

La experiencia de los vigías de salud conjuntamente con el *Plan de Educación Familiar para el Desarrollo Infantil* (PEDAFI) se constituye en el primer y más fuerte vínculo entre el sector salud y el de educación. El PEDAFI abarcaría gran parte del territorio nacional desarrollando acciones intersectoriales y con la participación activa de líderes comunales del área rural (Reyes, 2005). Este plan vinculó a la escuela rural, a sus maestros y padres de familia favoreciendo la entrada del programa *Escuela Nueva* que en el año 1987 el Ministerio de Educación lanzaría como estrategia para universalizar la educación, aumentar su calidad, incrementar el acceso a la educación primaria, disminuir la deserción, combatir la repitencia y enfrentar el bajo número de maestros en el área rural.

La escuela nueva tomaba elementos teóricos y metodológicos de la escuela unitaria y de la escuela activa y desarrollaba estrategias basadas en la instrucción multigrado, la promoción flexible del estudiante, las metodologías activas, las guías de enseñanza, la personalización de los procesos educativos y la dotación de las

bibliotecas como elementos básicos para crear ambientes propicios para el aprendizaje, fortalecer la participación democrática de los niños y niñas a través del gobierno escolar y promover programas agrícolas y de salud con la comunidad especialmente en zonas que como el pacífico presentaban unas altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil (McEwan, 1998). El programa también compartía la idea de que la salud y la educación eran elementos nucleares en el desarrollo social y económico del país. De esta manera la escuela nueva tenía acercamientos con el discurso de la APS lo que permitió el fortalecimiento en el ámbito escolar de programas de vacunación, saneamiento ambiental y participación comunitaria en salud.

La APS cada vez tomaba más fuerza como política central del sistema de salud colombiano a pesar de que la población estaba siendo fuertemente golpeada por problemas como la pobreza, el narcotráfico y el conflicto armado con las guerrillas. En medio de esta situación, el gobierno lanza su plan de desarrollo en el que era central el programa *Salud Básica para Todos* y cuya base teórica tendría a la salud como derecho humano fundamental en conexión con el derecho a la vida, lo que daría a la universalización de la salud y a la participación comunitaria un lugar privilegiado. Sin embargo, este programa de salud básica no podía operarse en un contexto de desintegración del sistema de salud, por ello, ese mismo gobierno inicia un debate en el congreso de la república de un proyecto de Ley que sería la base de la Ley 10 de 1990 por la que se reorganizó el sistema de salud.

A nivel internacional el BM lideraba los procesos de reorganización de los sistemas de salud con la resistencia de sectores académicos, salubristas y comunitarios quienes compartían no solo las ideas de la APS, sino el propósito de la OPS/OMS para alcanzar la SPT/2000 a través del aumento de las coberturas desde el primer nivel de atención, la participación de la comunidad, la acción intersectorial, la descentralización, la gestión y planeación adecuada de los servicios de salud.

Al ser operado el modelo *Sistemas Locales de Salud* (SILOS) que se había asumido en la APS, éste tomó diversas formas manteniendo un núcleo de integración entre la prevención, la atención y la promoción de la salud con la participación de las comunidades. Con esta experiencia de trabajo se empiezan a desarrollar con más fuerza los programas de salud escolar lo que representaría el paso desde los enfoques tradicionales de la atención materno-infantil hacia la promoción de la salud en los escolares. Para el año 1991, la “ciudad de Cali se declara municipio saludable y la mirada administrativa de los SILOS evoluciona hacia la visión estratégica de la promoción de la salud y los municipios saludables en el seno de la OPS” (Hernández, 2002, p. 267).

Sin embargo el clima internacional no era favorable para la APS por cuanto se fortalecía el capitalismo y con él los intereses económicos que llevaron a los organismos internacionales como la banca a presionar e imponer un modelo de salud basado en el aseguramiento de los trabajadores, la eliminación de la atención gratuita a los pobres y la concentración de la medicina privada en los sectores sociales con capacidad de pago. Pero a pesar de las intenciones de los organismos de financiación internacional, en Colombia el discurso de las ciudades saludables y de la promoción de la salud se empezaba a escuchar.

Durante el gobierno de Gaviria (1990-1994) se produjo una serie de cambios institucionales cuya intención era la modernización del Estado y su introducción en el modelo neoliberal. Este proceso se inició con la privatización de empresas del Estado y con la liberalización comercial. Pero a pesar de este marco, el gobierno Gaviria con el liderazgo del Ministerio de Salud lanzó el plan de acción *Familia sana en ambiente sano* que proponía la atención en salud a las poblaciones más pobres, a los grupos más vulnerables donde se incluyeron los niños y jóvenes, y al mejoramiento de los espacios físicos familiares y comunitarios. Así pues, en este plan, la participación de la comunidad para construir una cultura de la salud era central y por eso se privilegiaron acciones de fomento a la salud y prevención de la enfermedad a través de procesos participativos. Este enfoque de ambientes sanos

orientó la política de salud y alimentó el proceso de descentralización de la salud que ya se había iniciado, y se produjo un modelo que articulaba salud y desarrollo a nivel local con el programa *Municipios Saludables*.

Con el enfoque de los municipios saludables se empieza a difundir la idea de los ámbitos saludables y con ésta se impulsaron programas como las ciudades saludables, los pueblos saludables, las escuelas saludables y los mercados saludables entre otros. Las escuelas saludables aparecen entonces como una estrategia intersectorial e interdisciplinar de intervención en la salud y educación de los escolares, sus familias y quienes en esos espacios trabajan. En ese sentido, las escuelas saludables fueron definidas como aquellos espacios de interacción personal en el que es posible desarrollar y potenciar capacidades para “construir conocimientos, vivir armónicamente, fomentar el cuidado de la salud personal, la de otros y del entorno, contar con espacios limpios y seguros para el estudio, la recreación, el deporte y la formación integral” (Olivera y Herrera, 2002, p. 176). Desde esta comprensión que se hace de las escuelas saludables se definieron como ejes centrales de esta estrategia la educación para la salud, el medio ambiente escolar y los entornos saludables, y la orientación y canalización hacia los servicios de salud y nutrición.

En un ambiente caldeado por ideas polarizadas, el país buscaba iniciar un proceso de paz con los grupos armados ilegales y convocar a la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) que había sido aprobada por más del 86% de los electores en las elecciones presidenciales de mayo de 1990. La ANC dio origen a la nueva Constitución Política de Colombia de 1991 en la que se definiría al Estado colombiano como un *Estado Social de Derecho* en el que el pluralismo, el derecho a la salud y los derechos ciudadanos eran reconocidos. Pero la influencia neoliberal de los organismos de financiación internacional sobre las políticas sociales provoca que en Colombia se sancionara la Ley 100 de 1993 con la que los principios de la salud como mercado quedarían por encima de los principios del derecho a la salud. De esta manera se solidifica la medicina prepagada para las personas con capacidad

de pago, el aseguramiento de los trabajadores y la cobertura de servicios limitados para la familia de éste, la integración definitiva de los sectores de salud, el subsidio para los que garantizaran no capacidad de pago por un plan básico de atención.

Para salirle al paso a la presión del mercado sobre el sistema de salud, el Ministerio de Salud en cabeza de la AD-M19, solicitó el apoyo de la OPS/OMS para conformar un Servicio Nacional de Salud en el que entraran en juego posiciones y argumentaciones de otros sectores comprometidos con la salud. Pero en el año 1993 la AD-M19 se retira del ministerio y toman lugar las teorías neoclásicas aplicadas a la salud en cabeza de un economista formado en las mejores universidades privadas de Colombia y en Harvard, Juan Luis Londoño. Aún así, la OPS/OMS no se rendía y continuaba aportando en la municipalización y la promoción de la Salud (Hernández, 2002, p. 113).

Finalmente, esta lucha entre ideas políticas en salud, le da el triunfo a las teorías neoclásicas aplicadas a la salud, con la consolidación del Plan Obligatorio de Salud (POS) para cotizantes, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) para los pobres, el Plan de Atención Básica (PAB) en el que quedaban los servicios colectivos, y la medicina privada para los ricos. Por su lado, los SILOS y la estrategia de Promoción de la Salud empiezan a perder fuerza y con ello los esfuerzos por el trabajo intersectorial, la participación comunitaria y la descentralización para promover prácticas preventivas, conocimientos, valores, actitudes y comportamientos saludables.

Por fortuna, en la Primera Cumbre de las Américas celebrada en Miami (Florida) en 1994, los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas se comprometieron, entre otras cosas, a mejorar el acceso de la población a la atención primaria en salud y a mantener un entorno saludable. Por ello exhortaron a los organismos internacionales para que aceptaran el monitoreo de la OPS en las reformas de salud (Cumbre de las Américas, 1994, pp. 3, 4, 5), pero a pesar de ello,

la perspectiva de mercado dominó especialmente en los servicios médicos curativos superiores al nivel básico de atención.

Este reconocimiento que hicieron los países americanos a la OPS, nuevamente coloca al organismo internacional como líder en materia de salud. Con esta posición, la OPS lanza la estrategia *Municipios Saludables por la Paz* para fomentar las acciones sociales y mantener las condiciones de salud y desarrollo, promover el bienestar colectivo, y privilegiar a la población más vulnerable. Esta estrategia se desarrolló en varios municipios, pero fue el municipio de Versalles en el Valle del Cauca el más exitoso. La experiencia de los Municipios Saludables por la Paz vuelve a situar a la Promoción de la Salud como el mecanismo más adecuado para alcanzar la equidad, la justicia y el desarrollo social.

Sin embargo, la reforma al sistema de salud con enfoque de mercado avanzaba. Se constituían las Empresas Sociales del Estado (ESES) antes hospitales públicos, se configuraba el Plan Obligatorio de Salud (POS), el Plan de Atención Básica (PAB), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la Medicina Pre-pagada, la Cuota Moderadora y el Copago.

En medio de ello la OPS/OMS no renunciaba en su interés y apoyó la capacitación de recurso humano en prevención, vigilancia y control de las enfermedades prevalentes, e impulsó proyectos articulados al de Municipios Saludables por la Paz. Ejemplo de ello fueron los lugares de trabajo promotores de salud, los hospitales promotores de salud, las escuelas saludables promotoras de salud y más recientemente las universidades promotoras de salud.

En el proyecto Escuela Saludable de Promoción de la Salud que nace en el año 1995, actuaron intersectorialmente el Ministerio de Salud, el Ministerio de

Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la OPS y el UNICEF. En principio Escuela Saludable pretendía la educación para la salud en temáticas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco, drogas ilícitas, higiene personal, salud sexual y reproductiva, recreación, ocio y deporte, VIH/SIDA, alimentación sana, utilización de servicios de salud, autoestima, inmunizaciones, manejo de desechos, violencia y habilidades para la vida.

Colombia modificó la perspectiva de las escuelas promotoras de salud para incluir elementos relacionados con la construcción de la paz y por ello las llamó Escuelas Saludables por la Paz. Sus ejes centrales incluían la promoción de estilos de vida saludables, los servicios de salud escolar para vincular a la población escolar con las instituciones prestadoras de servicios de salud, el entorno saludable que involucra el diagnóstico del estado físico y medioambiental de la escuela. En 1997 se inicia la estrategia de escuelas saludables por la paz en tres escuelas de Bogotá, en 1998 en todas las comunas de Cali mientras en Bogotá iban en aumento, y en 1999 la presidencia de la república hace el lanzamiento de la estrategia dentro del marco del día mundial por la salud. Para el año 2000 se construye la red nacional de escuelas saludables por la paz.

Hoy la salud pública continúa enfrentándose a muchos obstáculos, aunque el sistema de salud ha logrado un aumento importante en materia de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios son cuestionables, la salud de los colombianos y de los niños empeora, los programas de promoción y prevención están debilitados, las aseguradoras incumplen, las ESES quiebran, el flujo de los dineros se obstruye, la participación social es débil, y las metas de SPT/2000 nunca se alcanzaron.

4.2 El programa Salud al Colegio

En Bogotá el modelo *Escuela Saludable Promotora de Salud* sugerido por la OPS/OMS, toma forma en el programa SAC que fue lanzado en el año 2006 dentro del marco de la política distrital por la calidad de vida de los niños, niñas y

adolescentes *Quiéreme bien, quiéreme hoy*, la cual hacía parte del Plan de Desarrollo 2004-2008 *Bogotá Sin Indiferencia. Un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión* y que fue construido para el gobierno de Luis Eduardo Garzón.

El programa SAC surge como una propuesta intersectorial para garantizar a los niños, niñas y adolescentes de las IED el derecho a la salud y a la educación como derechos humanos fundamentales que, en conjunto, aportan para la obtención de una mejor calidad de vida y de desarrollo humano. En efecto, el trabajo interinstitucional coordinado y las contribuciones de capital técnico, metodológico, financiero y de recurso humano propias de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y de la Secretaría de Educación del Distrito (SED) han aspirado a desarrollar acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, habilidades para la vida, restablecimiento de la salud y abogacía frente a un sistema de salud que bajo la lógica del mercado ha venido obstaculizando la calidad y el acceso a la salud de los niños y niñas más pobres de la capital.

Desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud, la institución educativa se entiende como un espacio social en el que confluyen saberes, imaginarios, prácticas y comportamientos relacionados con la salud, de manera que este escenario se constituye en un lugar propicio para construir un ambiente saludable que aporte en el desarrollo armónico e integral de los niños, niñas y adolescentes, y a su vez en la creación de unas adecuadas condiciones de aprendizaje bajo el lema *me siento bien, aprendo bien*.

Orientado por el enfoque de derechos y con perspectiva de desarrollo humano, el programa SAC propone respuestas integradoras basadas en las necesidades de la comunidad educativa y construidas de manera participativa. Esta construcción colectiva tiene en cuenta que tanto la salud como la enfermedad son el resultado de la confluencia o ausencia de una serie de determinantes sociales y

ambientales que deben ser tenidos en cuenta para aportar positivamente a los miembros de la comunidad educativa.

A nivel distrital el proceso de gestión administrativa, técnica y operativa para el programa SAC integra la SDS, la SED, la SISD (Secretaría de Integración Social del Distrito) y el ICBF que, a través de los referentes distritales y con el aporte de los referentes locales, construyen *respuestas integradoras* para la comunidad educativa y acompañan los procesos instaurados para hacer los correctivos necesarios durante todo el ciclo del proyecto. A nivel local para el programa SAC se conforman equipos de trabajo con profesionales de la Coordinación Local de Salud Escolar de la SED, y profesionales de salud, las ciencias sociales y la educación como parte de los equipos del ámbito escolar de los hospitales públicos de primer nivel. Estos equipos del ámbito escolar cuentan con un profesional que coordina el programa a nivel local y quien tiene a su cargo varios grupos territoriales, cada uno de los cuales está conformado por un gestor territorial y varios profesionales quienes son los que entran en contacto directo con las comunidades educativas y hacen operativo el programa.

A su vez, en cada colegio se debe conformar un grupo gestor integrado por el orientador, coordinador académico o de convivencia, profesores de cada nivel de formación, profesores delegados de cada sub-proyecto pedagógico, personal administrativo, delegado de los estudiantes y delegado de los padres de familia (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007).

La operación del programa se hace en cinco fases que van desde el acercamiento a las comunidades, la conformación de los grupos gestores y la planeación participativa en la que se pactan los contenidos y temáticas de acuerdo a las necesidades de cada colegio; la construcción de los planes de respuesta integral; el desarrollo de esos planes; el seguimiento de la respuesta integral ajustada; hasta el seguimiento y monitoreo final que dirige sus acciones hacia la presentación de resultados del programa (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007). Aunque se establece la

definición de necesidades con la participación de la comunidad educativa, se abordan permanentemente temáticas y contenidos relacionados con situaciones sociales que afectan el proceso de aprendizaje y que la SDS ha denominado *alertas*. La respuesta oportuna, suficiente y regular ante las alertas, se garantiza a través del diseño de unas rutas de acción que se materializan en manuales orientadores. Para cada ruta se plantean tres estaciones: la primera acerca al lector a los conceptos clave; la segunda señala los signos de alerta para reconocer un caso; y la tercera define la conducta a seguir para dar respuesta integral a la situación identificada (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007).

De igual manera, el programa plantea acciones para desarrollar y preservar la autonomía a través de cinco sub-componentes: 1. Seguridad alimentaria y nutricional que incluye la vigilancia nutricional de los niños y niñas, la suplementación con micronutrientes y la promoción de patrones de consumo sano; 2. La identificación, atención y seguimiento de alertas que incluyen la desnutrición, la discapacidad, las violencias, la gestación en la adolescencia, el trabajo infantil, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida; 3. La promoción de prácticas de cuidado cotidiano como higiene oral y prevención de la pediculosis; 4. La promoción del bienestar de docentes y administrativos; 5. El acceso a los servicios de salud.

La articulación del programa SAC en las IED se hace a través del currículo apoyando los proyectos institucionales y pedagógicos adoptados por cada colegio los cuales incluyen Educación Ambiental (PRAES), Educación Sexual (PES), Tiempo Libre, y Convivencia, Democracia y Derechos Humanos.

La Dirección de Salud Pública de la SDS de Bogotá es la instancia encargada de elaborar los lineamientos del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas. En el marco del Plan de Desarrollo 2008-2012 *Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor* del gobierno del suspendido y detenido ex alcalde Samuel Moreno, estos lineamientos para el año 2011 fueron agrupados en cuatro componentes dentro

de los cuales se encontraba el de Ámbitos de Vida Cotidiana, y en él se definía, entre otros, el de Ámbito Escolar. Es a través del programa Salud al Colegio que se hacen efectivas las intervenciones colectivas de salud en la comunidad educativa.

Los documentos que plantean las perspectivas teóricas y las líneas de acción del programa SAC para el año 2011 son: el Plan de Intervenciones Colectivas, Lineamiento Ámbito Escolar, Gestión del Ámbito Escolar, Entorno Social de la Institución Educativa, Entorno Físico de la Institución Educativa, Acceso a Servicios Comunidades Educativas y Políticas Escolares Saludables. Todos estos documentos fueron elaborados bajo la dirección de Salud Pública de la SDS de Bogotá, y su divulgación se hizo de manera virtual a través de una página virtual como material al alcance de todos los miembros del equipo de ámbito escolar de la SDS.

Cuadro 3. Matriz de análisis de los documentos del programa Salud al Colegio

<p>Niveles de Análisis</p> <p>Documentos</p>	<p>Nivel de Explicitación de la Categoría Participación Infantil</p>	<p>Nivel de Reiteración de la Categoría Participación Infantil</p>	<p>Nivel de Concreción de la Categoría Participación Infantil</p>	<p>Coherencia de los enfoques teóricos con la Categoría Participación Infantil</p>	<p>Intertextualidad</p>
<p><i>Plan de Intervenciones Colectivas</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p>- No se hace explícita la participación infantil en el documento, aunque el concepto de participación de los actores y sectores es central.</p> <p>-El documento plantea la corresponsabilidad en la elaboración de políticas públicas y en las decisiones públicas relacionadas con la salud y la calidad de vida.</p> <p>-Reconoce la participación como</p>	<p><i>BAJO</i></p> <p>Aunque no hay una referencia explícita a los procesos de participación infantil, a través del documento se presentan reiteradamente los procesos de concertación, el empoderamiento</p>	<p><i>BAJO</i></p> <p>No se concreta la categoría participación infantil.</p>	<p><i>Todos los enfoque teóricos asumidos en el documento son coherentes con los procesos participativos. Estos enfoques son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinantes Sociales de Salud -Enfoque de Derechos -Estrategia Promocional de Calidad de vida 	<p><i>El documento utiliza como marco referencial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Plan de Salud Pública -Plan de Desarrollo del Distrito “Bogotá Positiva: para vivir mejor” 2008-2012 -Plan de Salud

	<p><i>un elemento indispensable para el desarrollo de la autonomía y de las potencialidades individuales y colectivas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cuando se plantea el principio de equidad no se explicita la generación.</i> - <i>A lo largo del documento se reconoce la diferencia de los sujetos por el ciclo de vida en donde subyace aún una perspectiva biológica.</i> - <i>Se identifica la baja participación como un núcleo problemático que habría que atender.</i> - <i>Se reconocen las relaciones de poder asimétricas que obstaculizan el desarrollo de la autonomía en los ámbitos.</i> - <i>La promoción de la salud de los</i> 	<p><i>y la participación individual y colectiva en la conformación de estrategias, acciones, programas y políticas en el sector público.</i></p>		<p><i>-APS Renovada</i> <i>-Gestión Social</i> <i>Integral</i></p>	<p><i>del Distrito</i> <i>Capital 2008-</i> <i>2012</i> <i>-Sistema</i> <i>General de</i> <i>Seguridad</i> <i>Social en Salud</i></p>
--	---	--	--	--	---

	<p><i>escolares no está integrada a los proyectos pedagógicos del ámbito escolar.</i></p> <p><i>Se reconocen la invisibilización y exclusión a la que están sometidos los niños/as escolares.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Se plantea la debilidad en la capacidad de agencia de los sujetos del ámbito escolar sobre la salud</i> <i>- Se plantea la necesidad del empoderamiento de la comunidad para exigir el derecho a la salud.</i> <i>-Se reconoce la participación como un elemento nuclear de la estrategia promocional de calidad de vida y salud</i> <i>-La concertación de acciones es otro elemento central del discurso en el documento.</i> <i>- Existe aún una concepción de</i> 				
--	--	--	--	--	--

	<p><i>niñez moderna pues en el documento se advierte que “[...] para que los y las estudiantes incorporen conocimientos, realicen experiencias adecuadas a su etapa de ciclo vital, así como de las características propias de su identidad-diversidad, situación-condición, que les permita adquirir competencias a la hora de actuar para mejorar su salud y bienestar [...]” (SDS, 2011, p. 28)</i></p>				
<p><i>Lineamientos Ámbito Escolar</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>-Se promueve el consenso, las alianzas y los pactos sociales</i></p> <p><i>-Se promueve el encuentro y la comunicación entre adultos y niños aunque éstos aparecen como población receptora de acciones</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>-Es reiterativo el concepto del consenso aunque implícitamente se excluye al niño/a de esta posibilidad.</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>No hay concreción de la categoría participación infantil</i></p>	<p><i>El enfoque teórico asumido es coherente con la categoría de la participación infantil. Se plantea el modelo de Instituciones Educativas Promotoras de Salud</i></p>	<p><i>El documento dialoga directamente con el Plan de Intervenciones Colectivas 2011 y el Plan de</i></p>

	<p><i>-Se reconoce el ámbito escolar como un espacio en el que se desarrollan acciones para el cuidado y aprendizaje de los niños, niñas y adolescentes, y en el que se producen encuentros, se reproduce la cultura y se socializa el individuo en medio de relaciones jerárquicas, el control y la regulación de la conducta a través de sistemas normativos.</i></p> <p><i>-Se plantea la escasa movilización para la restitución y promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.</i></p> <p><i>-El objetivo de este lineamiento es desarrollar procesos de concertación para promover la calidad de vida y la salud en el ámbito escolar a través del impacto positivo sobre los</i></p>	<p><i>-En las cinco fases en las que se recogen las respuestas integradoras del ámbito escolar se lee de manera transversal la participación de la comunidad educativa.</i></p>		<p><i>de la OPS/OMS</i></p>	<p><i>Desarrollo del Distrito “Bogotá Positiva: para vivir mejor” 2008-2012</i></p>
--	--	---	--	-----------------------------	---

	<i>determinantes sociales de la salud.</i>				
<i>Políticas Escolares Saludables</i>	BAJO <i>Plantea de manera explícita la concertación para la definición de acciones que promuevan la calidad de vida y la salud, pero no se explicita la categoría participación infantil.</i>	BAJO <i>El documento es reiterativo en las acciones concertadas y en la participación de la comunidad educativa, pero no contempla la participación infantil.</i>	BAJO <i>No se concreta la participación infantil</i>	<i>El documento es coherente con lo establecido en el documento marco o Plan de Intervenciones Colectivas</i>	<i>Se basa en el Plan de Intervenciones Colectivas 2011</i>
<i>Gestión del Ámbito Escolar</i>	MEDIO <i>-En el documento se insiste en respetar los acuerdos a los que se lleguen con la comunidad educativa -Dentro del objetivo del documento se plantea la participación de actores y</i>	BAJO <i>Es reiterativo en los procesos de concertación y participación de la comunidad</i>	BAJO <i>No se concreta la participación infantil</i>	<i>El documento dialoga directamente con la estrategia de Instituciones Educativas Promotoras de Salud</i>	<i>El marco del documento es el Plan de Intervenciones Colectivas 2011</i>

	<p><i>sectores sociales, comunitarios e institucionales</i></p> <p><i>-Plantea la concertación inclusive en las iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas</i></p> <p><i>-Contempla reuniones con los estudiantes para dar respuesta a sus necesidades</i></p> <p><i>-Plantea la concertación con la comunidad educativa para desarrollar procesos</i></p>				
<p><i>Acceso a Servicios Comunidades Educativas</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>-Insiste en la participación de la comunidad</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>No hay reiteración de la categoría participación infantil</i></p>	<p><i>BAJO</i></p> <p><i>No hay concreción de la categoría participación infantil</i></p>	<p><i>El documento es coherente con lo planteado en el programa en relación con las Instituciones educativas promotoras de salud</i></p>	<p><i>Se basa en el Plan de Intervenciones Colectivas 2011</i></p>
<p><i>Entorno Social</i></p>	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>-Plantea el entorno social como</i></p>	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>Se plantea</i></p>	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>La categoría</i></p>	<p><i>El documento es coherente con lo</i></p>	<p><i>-El documento se apoya en la</i></p>

<p><i>de la Institución Educativa</i></p>	<p><i>el conjunto de roles, funciones y normas que determinan las relaciones entre los actores del ámbito escolar y que se abordan concertadamente. En esta perspectiva se niegan las relaciones de poder asimétricas en tanto los roles no siempre son concertados, sino que se construyen sobre la base de una estructura social que así los requiere.</i></p> <p><i>-Es importante resaltar que en el documento se plantea la importancia de desarrollar habilidades para la vida y competencias para la acción con el propósito de establecer relaciones armónicas</i></p> <p><i>Este documento plantea la importancia de las relaciones</i></p>	<p><i>explícita y reiteradamente la participación infantil en la conformación de grupos gestores con niños, niñas y adolescentes que apoyen el desarrollo de habilidades para la vida y competencias para la acción</i></p>	<p><i>participación infantil se concreta en el documento</i></p>	<p><i>planteado en el programa en relación con la estrategia de las Instituciones educativas promotoras de salud, el enfoque de derechos con énfasis en el derecho de los niños a la participación</i></p>	<p><i>Constitución Política de 1991 y en la Ley de Infancia y Adolescencia y tiene como marco el Plan de Intervenciones Colectivas 2011</i></p>
---	--	---	--	--	---

	<p><i>solidarias y colaborativas entre los actores y sectores de la comunidad educativa</i></p> <p><i>La concertación sigue siendo un elemento nuclear para alcanzar los objetivos propuestos e impactar de manera positiva el entorno social</i></p> <p><i>Plantea la iniciativa de crear grupos gestores con niños, niñas y adolescentes para desarrollar acciones colectivas y apoyar la promoción de la salud como estrategia para promocionar la participación infantil</i></p> <p><i>Aclara que los grupos gestores institucionales pueden o no tener niños, niñas y adolescentes</i></p>				
Entorno Físico de la	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>Referido al equipamiento y la infraestructura del ámbito</i></p>	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>A lo largo del documento se</i></p>	<p><i>ALTO</i></p> <p><i>-Se concreta la participación</i></p>	<p><i>El documento entra en diálogo con el método de la Investigación</i></p>	<p><i>El documento utiliza como marco el Plan</i></p>

<i>Institución Educativa</i>	<i>escolar</i> <i>Se plantea la participación de los niños, niñas y adolescentes para la identificación de zonas protectoras y zonas de riesgo</i>	<i>reitera la participación infantil</i>	<i>infantil en la conformación de grupos que definan zonas físicas del ámbito protectoras y zonas de riesgo</i>	<i>Acción Participativa</i>	<i>de Intervenciones Colectivas</i>
------------------------------	---	--	---	-----------------------------	-------------------------------------

Fuente: propuesta de análisis de documentos de Sime Poma modificada.

Los documentos que orientan las acciones del programa SAC articulan enfoques teóricos relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud, los Derechos Humanos, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, la Atención Primaria de Salud Renovada y la Gestión Integral Social los cuales están íntimamente relacionados con el Modelo de la Promoción de la Salud. Sin embargo, los documentos en general no abandonan los referentes teóricos relacionados con la idea capitalista de mercantilización y dentro de ella la medicalización de la salud en la que actualmente continúa sumergido el sistema de salud colombiano.

Si bien, lo anterior podría ser considerado como una contradicción de los documentos, es evidente en ellos la lucha epistémica entre las propuestas social-humanísticas y la perspectiva neoliberal que se libra al interior de la producción teórica que soporta, en este caso, el programa de SAC. Los ideales por construir una sociedad justa y equitativa están contenidos en las propuestas políticas y de desarrollo económico del capitalismo hegemónico así como en las perspectivas más humanas, pero no ocurre lo mismo cuando se trata la salud como un bien que se produce, ofrece y consume por cuanto esta mirada promueve que muchos sectores continúen viviendo en la exclusión.

Los documentos asumen de manera especial el Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud que propone el desarrollo de la *autonomía* individual y colectiva como elemento central para alcanzar un nivel de vida y salud deseables. Sin embargo, el desarrollo de la autonomía solo se posibilita a través de múltiples, variados y significativos ejercicios de participación en tanto ser autónomo es el resultado de tomar parte de la vida en sociedad. Los procesos participativos incluyen en sus etapas el acuerdo, y desde el enfoque promocional de calidad de vida son ineludibles las respuestas *concertadas* a las necesidades de la población, las cuales manan de los territorios sociales cotidianos como la familia, el barrio, la escuela, las IPS, el espacio de trabajo y los centros de reclusión. En este sentido, la participación es una forma para direccionar las políticas económicas y sociales en beneficio de la comunidad.

El enfoque riñe con todas aquellas posturas que provocan la pérdida de autonomía, imposibilitan el desarrollo de potencialidades o que impiden el ejercicio del derecho a la participación democrática y protagónica, pues son estas resistencias las que debilitan el capital social necesario para la transformación de todas aquellas situaciones que impactan de manera negativa la calidad de vida y salud.

Es desde esta perspectiva que la autonomía, el desarrollo de las potencialidades y la participación emergen también como necesidades humanas que han pasado inadvertidas para la población en general, pero particularmente para los niños, niñas y adolescentes, para quienes no se han reclamado suficientemente y por ello se ha aceptado que su insatisfacción sea una condición natural.

Reclamar el derecho al desarrollo de la autonomía, las potencialidades y a participar activamente de los asuntos que afectan e interesan, aumenta la posibilidad de exigir el cumplimiento de otros derechos y satisfacer otras necesidades humanas para mejorar la calidad de vida y la salud propia y de la comunidad. La reivindicación de derechos para la satisfacción de las necesidades humanas, exige hacer un análisis de la propia situación para advertir qué es lo que hace falta, qué es lo que se tiene y cuáles son las causas que determinan la condición en la que se está.

La estrategia sugiere el trabajo coordinado entre sectores que lejos de hacer interpretaciones solitarias sobre las condiciones de vida y salud de la comunidad, entren en franco diálogo para ampliar el marco comprensivo sobre lo que la gente necesita y desea. En ese trabajo intersectorial, es un imperativo ético vincular a la propia población reconociendo en ella las diferencias identitarias, generacionales y de condición; establecer mecanismos de coordinación y concertación entre los sectores comprometidos para definir desde la transectorialidad los derechos que deben ser reivindicados; deslocalizar las formas de atención desplazando las intervenciones en los servicios hacia las intervenciones territoriales, es decir en los lugares cotidianos donde la vida de los individuos y colectividades transcurre; la construcción de agendas sociales para atender las necesidades; la definición de roles

y responsabilidades en la consecución de los objetivos planteados; la definición de planes de acción; y los procesos de monitoreo y evaluación.

El establecimiento de los mecanismos para atender las necesidades humanas implica una fase de problematización que pretende hacer visibles las complejidades y los determinantes sociales que definen un estado de salud. En el campo de la salud es indudable que el acceso a los servicios de salud no es el único factor para restaurar o mantener la salud, en tanto la salud individual o colectiva es el resultado de las complejas condiciones y formas en las que se vive, lo que define también las formas en las que se enferma y muere. Son los factores sociales, económicos, políticos, culturales, geográficos, biológicos, ideológicos y hasta espirituales los que afectan las decisiones individuales y colectivas relacionadas con la salud, pues estos factores empujan a la gente a tomar decisiones adecuadas o no. De ahí la importancia de la promoción de la salud cuando plantea que es necesario brindar todas las herramientas necesarias para que las personas y colectivos puedan incrementar el control sobre los determinantes de salud y en consecuencia puedan mejorarla y/o mantenerla.

Articulado al enfoque promocional de calidad de vida y salud, los documentos plantean el discurso de los derechos como trasfondo en el que se promueve la defensa de la vida digna de las personas, la exigencia del derecho a la salud como estrategia para alcanzarla, y la participación como un derecho esencial para hacer sostenible la promoción de la salud. En general, los documentos plantean la participación de los diferentes sectores sociales en tanto son corresponsables en la elaboración de políticas públicas y en la toma de decisiones de lo público. Y aunque la participación infantil no es explícita en la mayoría de los documentos, se puede deducir sin temor a equivocarse que la participación de los niños, niñas y adolescentes es un elemento no solo esencial sino transversal en las políticas y programas que buscan mejorar la calidad de vida y de salud.

En concordancia con los ideales del enfoque promocional de calidad de vida y salud, del enfoque de derechos y de la promoción de la salud, los documentos utilizan el discurso de la APS Renovada como otro de los mecanismos necesarios para alcanzar el mayor nivel de salud posible, coincidiendo con las otras perspectivas en que la salud es un derecho fundamental humano, es una postura ética para responder a las necesidades de la población, es orientar las acciones hacia la calidad, la corresponsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la intersectorialidad, la sostenibilidad y la participación de la comunidad. La APS Renovada propone una reinterpretación y modernización de los procesos para comprender la salud y sus determinantes en la sociedad del siglo XXI, aprender de las experiencias acumuladas y los errores cometidos, enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos en tanto su perfil es mixto y complejo.

Finalmente, los documentos plantean la Estrategia de Gestión Social Integral como una forma de integrar acciones y recursos de diferentes sectores que en el marco del enfoque de derechos busca combatir los determinantes del deterioro de la calidad de vida individual y colectiva. Esta estrategia comparte con los demás enfoques la indagación y comprensión de las situaciones particulares de un territorio y la construcción colectiva de proyectos para dar respuesta a las necesidades sentidas de la población, teniendo presente que estas necesidades no son iguales en todas las comunidades, territorios, grupos generacionales, etnias, etc.

La Gestión Social Integral apunta a mejorar la calidad de vida a través de la formulación, implementación, desarrollo y monitoreo de las políticas sociales que atiendan las necesidades de la población y restablezcan los derechos individuales y colectivos.

Estos enfoques teóricos que soportan el programa Salud al Colegio deben luchar contra un sistema de salud que si bien comparte con aquellos los principios de universalidad, solidaridad, integralidad y participación, el sistema se encuentra inmerso en una lógica de mercado que coloca a la salud como un servicio que puede

ser comprado y en consecuencia pierde su condición de derecho humano, lo que fortalece los procesos de exclusión, injusticia y vulnerabilidad de sectores poblacionales que no tienen capacidad de pago.

Si bien todos estos recursos teóricos de los que echa mano el programa SAC valoran la participación como un elemento esencial en la consecución de una mejor calidad de vida y salud, no existe un nivel de explicitación adecuado para la participación infantil en particular, de forma que deja al libre albedrío de los operadores del programa, no solo la interpretación de lo que debe ser la participación infantil, sino la escogencia de los mecanismos y estrategias para fortalecerla constituyéndose en una forma de resistencia para la participación de los niños y niñas escolares.

CAPÍTULO V

LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y LA CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES

Como se anotó en el capítulo tres, este fue un estudio de casos instrumental, es decir, un estudio en el que los casos en sí mismos no representaban un interés particular en tanto ellos solo fungían como instrumentos a través de los cuales se querían comprender los programas de promoción de la salud que allí se ofrecían. Así pues, la selección de los casos obedeció a la disposición de los coordinadores del programa SAC propios de los hospitales distritales ubicados en las localidades de Suba, Bosa y Ciudad Bolívar.

Y como parte de la fase inicial de esta investigación, se realizó una reunión con el coordinador central del programa SAC en la SDS y con los coordinadores locales de los hospitales distritales. En esa reunión fue presentada la propuesta de investigación y allí mismo se estableció contacto con ocho coordinadores locales con quienes se iniciaron conversaciones para definir las posibilidades de desarrollo de la propuesta investigativa en sus campos de trabajo. Luego del análisis de las condiciones del trabajo, la disponibilidad del personal y la aceptación de las directivas de los colegios, fueron escogidos tres colegios pertenecientes a las localidades ya mencionadas.

Se presentarán a continuación los resultados de cada caso y se inician con una breve reseña de cada colegio, para luego seguir con el análisis de los documentos clave de cada uno de ellos en el que se incluyeron el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el Manual de Convivencia (MC). Se finaliza este capítulo con la presentación de algunas características de los actores sociales comprometidos.

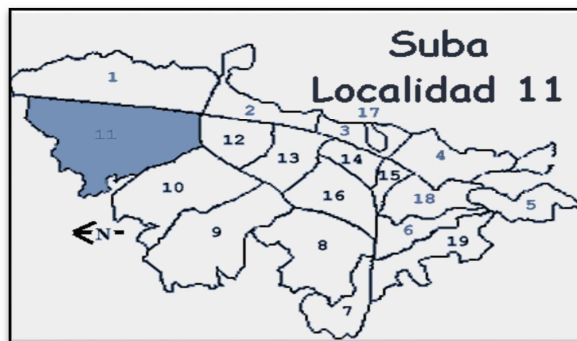
5.1 Los colegios que asumen como casos

5.1.1 El colegio caso uno

El colegio que se asume como caso uno para este trabajo investigativo, es una institución educativa de naturaleza oficial que se encuentra ubicada en la localidad de Suba al nor-occidente de la capital colombiana.

Según los documentos que reposan en la institución, el colegio fue construido en el año 1981 como respuesta a las necesidades educativas que la comunidad de esta localidad venía experimentando con relación al incremento sostenido de la población escolar y a la poca oferta de servicios educativos en el sector. Así es como el colegio se construye en unos terrenos donados por el reconocido político, periodista, y poeta tolimense Juan Lozano y Lozano, y es durante la alcaldía de Hernando Durán Dussán que el proyecto se hizo realidad, siendo legalizado a través del acuerdo 007 del 6 de febrero de 1984.

Mapa 1. Ubicación de la localidad de Suba en Bogotá



Fuente: www.explow.com

En la actualidad, esta institución cuenta con dos sedes: la sede A donde se ofrece educación en los niveles de básica secundaria y media, en calendario A y en las jornadas de la mañana, tarde y noche con un promedio de 1.650 estudiantes. En la sede B donde se ofrece educación en los niveles de transición y básica primaria

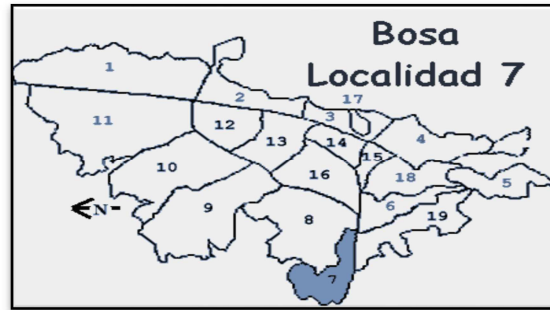
en calendario A y en las jornadas de la mañana y tarde con un promedio de 420 estudiantes.

5.1.2 El colegio caso dos

El colegio que asume en la investigación como caso dos, es una institución educativa del distrito que se encuentra ubicada en la localidad de Bosa al sur-occidente de Bogotá. Fue fundado en el año 1982 para atender a niños y niñas en edad escolar que, una década atrás, habían llegado con sus familias a este sector capitalino para buscar un mejor futuro. Los hombres de familia encontraron trabajo como conductores de transporte urbano en la empresa *Buses Urbanos de Colombia*, la que más adelante empezaría a incumplirles las obligaciones salariales, motivo por el cual los trabajadores se organizaron y con sus familias tomaron posesión de unos terrenos de propiedad de la empresa.

Los recién llegados niños y niñas carecían de cobertura educativa, por eso al principio, recibieron algunas clases en una carpa bajo la dirección de un grupo de personas voluntarias de la comunidad quienes poco a poco fueron recibiendo la ayuda de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) para construir un aula de clases, una cocina y cuatro casetas pre-fabricadas donde se ubicaron los niños y niñas por niveles. En 1985, la SED se vincula al proyecto designando un maestro para el colegio, y, a mediados de 1986, la institución fue colocada bajo la dirección de la escuela del Olarte.

Mapa 2. Ubicación de la localidad de Bosa en Bogotá



Fuente: www.explow.com

Posteriormente se consiguió otro docente con la promesa de abrir cupos para todos los niveles de primaria. Ante el crecimiento de la población en edad escolar, las casetas se hacían cada vez más insuficientes obligando a ocupar los espacios que habían funcionado como cocina y comedor, por eso, en el año 1987, la comunidad decidió construir las instalaciones de lo que hoy es el colegio.

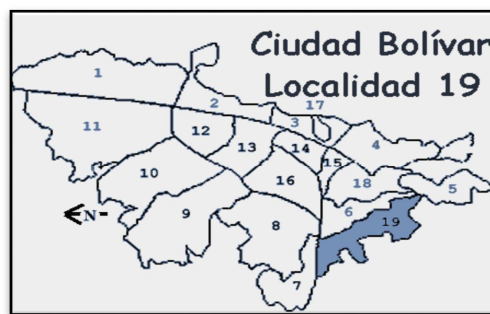
En 1988 se dio al servicio la edificación de una planta en donde se organizaron cuatro grados de primaria en la mañana y cuatro en la tarde. A partir de ese momento, la escuela no solamente atendía la demanda del barrio sino también la de barrios vecinos y posteriormente, con la ayuda del Estado, se construyó el segundo piso que permitió atender seis grados en la mañana y seis en la tarde con lo que se solucionaba parcialmente la gran demanda educativa del sector.

En la actualidad el colegio presta sus servicios a niños y niñas de estratos 0, 1 y 2 provenientes de las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy y del municipio de Soacha, con un número de estudiantes cercano a los 440 que cursan niveles desde transición a quinto de primaria bajo la orientación de dieciséis docentes (ocho en cada jornada), dos directivos docentes y una secretaria.

5.1.3 El colegio caso tres

El colegio caso tres es una institución oficial ubicada en la localidad Ciudad Bolívar al sur de la capital. Debe su nombre a un periodista vilmente asesinado en Bogotá por sicarios a órdenes del narcotráfico como consecuencia de sus valientes y continuas denuncias públicas a través de un periódico de circulación nacional.

Mapa 3. Ubicación de la localidad Ciudad Bolívar en Bogotá



Fuente: www.explow.com

En 1989 nace esta institución educativa como parte del *Plan Ciudad Bolívar* financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y cuyo énfasis estaba en la enseñanza técnica diversificada. Luego del año 1999, la SED inicia un proyecto de reestructuración para los colegios públicos de la capital, que motivó la elaboración por parte de las directivas del colegio de una propuesta que sugería mantener la enseñanza media técnica, la cual fue aprobada.

En la actualidad el colegio cuenta con tres jornadas: mañana, tarde y noche, ofrece cursos desde el grado cero hasta el grado once y profundizan a partir del grado octavo en las áreas técnica industrial con énfasis en mecánica, técnica comercial con énfasis en contabilidad, y ciencias naturales con énfasis en el manejo y procesamiento de alimentos.

5.2 Análisis de los documentos de los casos

En principio se habían definido cuatro documentos para el análisis de la valoración que cada uno de ellos hacía o no de la categoría participación infantil, así pues se incluían el PEI, el MC, el Plan de Mejoramiento Institucional (PMI) y los Proyectos Educativos Transversales (PET). Sin embargo, ante la falta de disponibilidad de los dos últimos documentos en dos de las instituciones (en la primera no estaban desarrollados y en la segunda no estaban actualizados), el análisis estuvo centrado en los PEI y los MC en los que se encuentran consignados los elementos teóricos, conceptuales, normativos y metodológicos que orientan el trabajo pedagógico de las instituciones.

Tanto el PEI como el MC fueron interpretados a partir del análisis cualitativo de texto para determinar el acercamiento que cada documento hacía a la categoría de estudio participación infantil. Para el análisis de cada documento se utilizó la herramienta para datos cualitativos Atlas Ti Versión 6.2 en la que los textos fueron guardados, leídos y fraccionados para dar respuesta a las preguntas: *qué tan explícita*, *qué tan reiterativa* y *qué tan concreta* es la categoría participación infantil en el documento. A partir de estas tres preguntas se esperaba determinar la presencia, valor otorgado y enunciados relacionados con la categoría participación infantil.

De igual manera, en cada documento se indagó por la intertextualidad, es decir, por los diálogos establecidos con otros documentos, de manera que se pudieran analizar las confrontaciones, los acuerdos y las relaciones.

5.2.1 Documentos del caso uno

CUADRO 4. Matriz de análisis de los documentos del caso uno

PREGUNTAS → DOCUMENTOS ↓	EXPLICITACIÓN	REITERACIÓN	CONCRECIÓN	INTERTEXTUALIDAD
CASO 1				
PEI	<p>NO SE EXPLICITA LA CATEGORÍA</p> <p>Se plantean discursos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El aprendizaje significativo -La participación colectiva -La toma de decisiones con autonomía - La democratización de procesos -El desarrollo de competencias ciudadanas -La autoevaluación, co-evaluación y hetero-evaluación -La interacción y participación -El desarrollo de la capacidad crítica y reflexiva -Los derechos y deberes 	<p>NO HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA</p> <p>A lo largo del documento se utilizan permanentemente enunciados relacionados con la participación infantil.</p>	<p>NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA</p> <p>Los enunciados relacionados con la categoría participación infantil se concretan en temáticas como la construcción colectiva, la concertación para definir normas de convivencia, la elección del conciliador de grupo para mediar en los conflictos. Aunque se plantea la existencia de una comisión de evaluación y promoción no hay un representante por los</p>	<p>SE ESTABLECE DIÁLOGO CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Carta Internacional de los Derechos Humanos -Ley General de Educación (Ley 115) - Constitución Política de Colombia 1991 -Sentencias de la Corte Constitucional 481/98, 02/92, 519/92, 612/92, 402/92 555/94, 316/94, 527/95, 397/97, 235/97, 967/07.

	<p>-El conflicto como herramienta de transformación</p> <p>-La construcción de acuerdos para la convivencia</p> <p>-La contribución para el mejoramiento de los procesos educativos</p>		<p>estudiantes.</p> <p>Por ello en este documento se ha sugerido que los estudiantes con desempeño superior formen parte de esta comisión.</p>	
MC	<p>NO SE EXPLÍCITA LA CATEGORÍA</p> <p>Se plantean discursos como:</p> <p>-La comunidad educativa es una comunidad titular de derechos</p> <p>-Existe diversidad entre los miembros de la comunidad educativa</p> <p>-Se deben fortalecer prácticas democráticas como la organización y la participación ciudadana</p> <p>-Se requiere el desarrollo de la autonomía, la responsabilidad, la capacidad crítica y reflexiva de los estudiantes</p>	<p>NO HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA</p> <p>El documento retoma en varios de sus párrafos la idea de participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.</p> <p>Se insiste de manera permanente en la participación de la comunidad como una forma de construcción de ciudadanía y democracia.</p>	<p>NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA</p> <p>No existen elementos discursivos contundentes que recojan lo planteado en relación con la participación infantil.</p>	<p>ESTABLECE DIÁLOGO CON:</p> <p>-Carta Internacional de los Derechos Humanos 1948</p> <p>-Constitución Política de Colombia 1991 -Ley General de Educación (Ley 115) -Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098)</p> <p>-Acuerdos 125/04, 004/00</p> <p>-Decreto 120/10</p>

	<p>-Se espera el desarrollo de competencias para adoptar estilos de vida saludables</p> <p>-El documento plantea el enfoque ecológico en el que la acción de los niños es muy valorada</p>			
--	--	--	--	--

Fuente: enunciados provenientes de los documentos del colegio PEI y MC relacionados con la categoría de análisis participación infantil.

El equipo directivo de este colegio elabora en 2011 un PEI que procura orientar el trabajo de la comunidad educativa hacia la formación integral de los niños, niñas y adolescentes a partir del desarrollo de competencias ciudadanas que les permita desenvolverse adecuadamente en un mundo globalizado. El proyecto toma como marco teórico el discurso de los derechos humanos y como referencias la Constitución Política de Colombia, la Ley General de Educación y algunas sentencias de la Corte Constitucional para soportar como propósitos primordiales una sólida formación ética y moral del estudiante, que conduzca al despliegue de sus habilidades para el respeto del otro y los otros; el fomento de prácticas democráticas que potencien su capacidad participativa y de organización social, en aras de la transformación de su entorno social desfavorable; el desarrollo de su personalidad y, con ella, la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía los derechos que le son conferidos, así como los deberes que como miembro activo de la institución y de la sociedad está obligado a cumplir para vivir con capacidad crítica, reflexiva y sobre todo en armonía.

El PEI centra su interés en el aprendizaje significativo, de manera que la participación activa del alumno, aunque no es explícita, se sugiere para que el estudiante desarrolle la capacidad de asumir su propio crecimiento y actúe

positivamente en la sociedad como sujeto transformador del mundo que lo rodea. Enfatiza además en el desarrollo integral del estudiante teniendo como marco la buena convivencia, el respeto por los derechos, la tolerancia frente a la diversidad, y las competencias ciudadanas que invitan al involucramiento de los niños, niñas y adolescentes en la vida escolar.

En el PEI se promueva la sana convivencia, se exaltan los valores de la honestidad, el respeto, la responsabilidad, la tolerancia y la solidaridad, con los cuales espera formar estudiantes críticos, participativos, solidarios y competentes en el manejo del conocimiento, la ciencia y la tecnología, pero sobre todo en valores y principios humanos que ayuden a vivir en comunidad. Por ello, son importantes los contenidos relacionados con democracia, derechos humanos, deberes y obligaciones, diversidad cultural, competencias ciudadanas, pedagogía de la reconciliación, convivencia en instituciones escolares, los cuales dibujan el camino que debe ser recorrido para alcanzar la paz. Aunque el documento es reiterativo en relación con los conceptos de democracia, derechos, ciudadanía, no logra la reiteración y concreción de la categoría de estudio.

Por su lado, el MC retoma de la Ley 115 los derechos humanos básicos dentro de los cuales destaca el derecho que tienen los niños y niñas al respeto por su vida, a la paz, a la sana convivencia, al respeto por su condición, a los principios democráticos de expresión y participación, a la solidaridad, equidad, igualdad y justicia, al ejercicio de la tolerancia y la libertad en el desarrollo de la personalidad todo ello dentro de un proceso de formación integral que contemple las dimensiones biológicas, psicológicas, intelectuales, morales, espirituales, sociales, afectivas, éticas y cívicas que les permita la adquisición de una conciencia para la conservación y mejoramiento del entorno, de la calidad de vida, del uso racional de los recursos naturales dentro de una cultura ecológica. Estos principios de la Ley 115 son centrales en el MC y resultan consistentes con lo dicho en el PEI en tanto toma los mismos argumentos teóricos y referenciales para promover la convivencia pacífica orientada por principios y valores humanos que lleven a respetar al otro

diferente, a desarrollar competencias ciudadanas en las que la participación se constituye en un elemento nuclear para la construcción de una sociedad verdaderamente democrática y coherente con el Estado Social de Derecho en el que vivimos. Adicionalmente, el MC incorpora elementos para promover los estilos de vida saludables que propenden por un estado de salud y una calidad de vida compatible con el deseo de cada quien por vivir adecuadamente. En ese sentido, enuncia los PPT que incluyen elementos relacionados con salud, calidad de vida, medio ambiente, educación sexual, competencias democráticas, gobierno escolar, habilidades para la solución de conflictos, uso adecuado del tiempo libre, los cuales deben cruzar de manera transversal el currículo, haciéndose operativos a través del trabajo colaborativo con los maestros con quienes se planea la incorporación de las temáticas más sensibles en las clases habituales o se desarrollan talleres apoyados por profesionales que dominan las temáticas.

5.2.2 Documentos del caso dos

Cuadro 5. Matriz de análisis de los documentos del caso dos

PREGUNTAS → DOCUMENTOS ↓	EXPLICACIÓN	REITERACIÓN	CONCRECIÓN	INTERTEXTUALIDAD
CASO 2				
PEI	<p>SÍ ES EXPLICITA LA CATEGORÍA PARTICIPACIÓN INFANTIL</p> <p>Se plantean discursos relacionados con: -El niño/a como ser único, social y</p>	<p>SI HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA PARTICIPACIÓN INFANTIL</p> <p>En este PEI la participación de los niños y niñas es un elemento esencial para desarrollar otro</p>	<p>NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA PARTICIPACIÓN INFANTIL</p> <p>Finalmente no se concreta la categoría en tanto ella se</p>	<p>SE ESTABLECE DIÁLOGO CON:</p> <p>-Constitución Política de Colombia 1991 -Ley General de Educación (Ley 115)</p>

	<p>cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Afectación del desarrollo del niño/a por ambientes democráticos, tolerantes y de respeto -Propender por el desarrollo integral a través de la responsabilidad, autonomía y democracia -La comunicación y el lenguaje como formadores del pensamiento crítico y autónomo -Democracia estratégica para la participación y transformación social -Crítica para ver más ampliamente la realidad -Apropiación de herramientas para la vida -Desarrollo humano -Aprendizaje significativo -Pedagogías críticas y activas -Enseñanza por 	<p>tipo de competencias sociales.</p>	<p>hunde en el discurso como un elemento que no es resaltado como esencial.</p>	
--	--	---------------------------------------	---	--

	ciclos para atender las particularidades de cada etapa de desarrollo			
MC	<p>ES EXPLICITA LA CATEGORÍA</p> <p>Se plantean como discursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los ambientes democráticos -Las competencias ciudadanas -Los derechos y deberes -La participación ciudadana y participación del niño/a en el gobierno escolar -La democracia participativa -Los derechos humanos 	<p>SI HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA</p> <p>-Se desarrolla la categoría al lado de principios y valores de autonomía, reciprocidad, consenso, compromiso</p> <p>-Se anclan los procesos participativos con el mejor vivir</p> <p>-El estudiante se considera como un ser social que debe ser tenido en cuenta</p> <p>-Se habla de prácticas democráticas para transformar el mundo</p>	<p>NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA</p> <p>La categoría participación está a lo largo de todo el documento pero no se concreta finalmente.</p>	<p>ESTABLECE DIÁLOGO CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Constitución Política de Colombia 1991 -Ley General de Educación (Ley 115) -Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098) -Plan sectorial de educación 2008-2012 -Ley 30 de 1986 -Decreto 1108/94 -Decreto 1860/94 -Decreto 230/02 -Resolución 4022/08

Fuente: enunciados provenientes de los documentos del colegio PEI y MC relacionados con la categoría de análisis participación infantil.

El PEI de este colegio propone desarrollar en los niños y niñas valores y actitudes derivadas del logro de habilidades para el lenguaje, el pensamiento y la democracia. Orientado por el marco normativo nacional y distrital que le exige hacer el tránsito hacia la educación por ciclos, el PEI se apoya en teorías provenientes del aprendizaje significativo que plantean el reajuste y la

reconstrucción permanente del conocimiento que deben hacer los niños y las niñas en el proceso de aprendizaje para llegar a ser sujetos que se reconocen a sí mismos y que llegan a ser sociales y cognitivos. En ese marco se plantea el desarrollo de la capacidad para pensar, actuar y tomar decisiones asertivas dentro de un ambiente de respeto, tolerancia y democracia.

En el PEI se expone el propósito de la formación integral de los niños y niñas a través del desarrollo de la responsabilidad, la autonomía y la democracia para la conformación de una generación de ciudadanos competentes, competitivos y solidarios que participen en la construcción de una mejor sociedad.

En los símbolos institucionales expuestos en el PEI, las directivas y maestros del colegio hacen explícita la idea que tienen sobre la niñez. Al describir la bandera que los identifica se asegura que el color blanco representa *el alma pura del niño* del colegio y el color verde la *fruta no madura* que representa a los niños y niñas como sujetos en proceso de formación y aprendizaje. En el escudo se resalta la imagen de un timón como símbolo que induce a pensar en la *necesidad de orientación y dirección* de los niños. Se cierra con el lema que llama a la autonomía y tolerancia.

Y si bien, el PEI se apoya en las teorías del aprendizaje significativo, también toma elementos de la pedagogía crítica según los cuales la dura realidad de los niños y niñas es materia prima para reflexionar, definir acciones y actuar en consecuencia para la construcción de un contexto digno. De igual manera, se vinculan elementos de las pedagogías activas en las que el papel protagónico de los niños y niñas se constituye en el centro de atención de los procesos de aprendizaje.

Se incorporan además ideas relacionadas con la estrecha vinculación entre el lenguaje y el pensamiento en tanto se asegura que, basados en las hipótesis de Sapir-Whorf, el lenguaje es formador de pensamiento así como el pensamiento es formador de lenguaje, de manera que los seres humanos somos esencialmente

sujetos lingüísticos. En ese sentido la comunicación y el lenguaje en este PEI emergen como parte central y orientadora para el desarrollo de la propuesta pedagógica en la que se promueve la comunicación ética, pertinente y creativa a través del uso de diversos lenguajes para participar de manera autónoma y responsable en escenarios de un mundo globalizado.

Transversal a estos elementos teóricos se vincula la idea de democracia considerada en este proyecto como la herramienta para motivar la participación y la toma de decisiones conjuntas para la construcción de lo social. Esta transversalidad se logra a partir del PPT de Derechos Humanos, en el que se proponen principios que propenden por el desarrollo en los niños y niñas de la capacidad de tolerancia, equidad, igualdad, convivencia pacífica, confianza, compromiso, solidaridad, consenso y el respeto por la diferencia. En el PEI se le otorga especial atención a la capacidad crítica, definida como la adecuada conjugación de elementos objetivos y subjetivos para hacer una comprensión más amplia de la realidad que se vive.

Como anotaba al comienzo de este análisis, el PEI está transitando hacia la propuesta construida y exigida por la SED, en la que la enseñanza debe estar organizada por ciclos, de manera que los niños y niñas, de acuerdo con su grado, reciban herramientas para la vida que incluyen el aprendizaje en libertad, democracia, convivencia y la participación como elemento necesario en el desarrollo de estas habilidades. Las herramientas para la vida se constituyen en el fundamento de los aprendizajes esenciales en los que vale la pena resaltar la cultura por los derechos humanos, las relaciones interpersonales, interculturales y sociales, así como la autonomía y el emprendimiento como componentes esenciales en el desarrollo de procesos participativos de la infancia. Por ello el plan de estudios incorpora el fortalecimiento del área de las ciencias sociales particularmente en historia, constitución política y democracia.

Los procesos de evaluación académica y formativa de los niños y niñas del colegio se enmarcan en el decreto 1290/09 y es desde esa orientación que se asumen

varios conceptos: i. El desarrollo humano como el despliegue de las potencialidades y talentos con los que la persona humana cuenta en sus diferentes dimensiones, de manera que el estudiante debe ser ese ser único, con posibilidades para desarrollarse como una persona autónoma, responsable, capaz de resolver los problemas de su contexto, apto para satisfacer sus necesidades, constructor de su propio proyecto de vida que le exige una activa participación en el proceso enseñanza-aprendizaje. Aquí las dimensiones del ser humano son definidas como cada uno de los componentes que conforman su totalidad y que se desarrollan de manera conjunta. Incluyen las dimensiones socio-afectiva, corporal cognitiva, comunicativa, ética, estética y espiritual. ii. El proceso de enseñanza-aprendizaje que es entendido como una relación dialéctica, de camaradería, continua e integral, que alimenta las múltiples dimensiones personales; se caracteriza por el trabajo participativo y colaborativo que respeta la autonomía y la independencia de cada miembro y cuya finalidad es el impacto sobre la realidad. iii. La evaluación como el conjunto de juicios sobre el avance en la construcción de conocimientos y el desarrollo de las competencias de los niños y niñas que pueden ser atribuidas al proceso pedagógico.

Para las directivas y maestros de este colegio, el MC, que no ha sido actualizado desde 2009, es en realidad un pacto por la convivencia en tanto fueron convocados diferentes sectores de la comunidad educativa para establecer unos acuerdos mínimos que permitieran vivir en armonía. En 2008 se hizo un ejercicio participativo a través de la organización de grupos de trabajo conformados por docentes, padres de familia y alumnos, quienes bajo la orientación de los directivos del colegio presentaron inquietudes, propuestas y normas para la construcción de este pacto.

En ese documento se concibe al niño y a la niña como un *menor* que debe ser preparado para la vida adulta y activa a través del desarrollo de capacidades, potencialidades y valores como el respeto por el otro, la tolerancia y la solidaridad que permitan la construcción de ambientes para la paz.

5.2.3 Documentos del caso tres

Cuadro 6. Matriz de análisis de los documentos del caso tres

PREGUNTAS DOCUMENTOS	EXPLICITACIÓN	REITERACIÓN	CONCRECIÓN	INTERTEXTUALIDAD
CASO 3				
PEI	<p>NO SE EXPLICITA LA CATEGORÍA</p> <p>Los discursos planteados en este documento se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La construcción de la sociedad a partir de las relaciones solidarias, respetuosas y del trabajo colectivo -La formación en democracia, responsabilidad, respeto, tolerancia, solidaridad y honestidad - El desarrollo de la autonomía y el pensamiento crítico para la transformación social -La participación democrática de la comunidad educativa -El fortalecimiento de una estructura de gobierno escolar 	<p>NO HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA</p> <p>A lo largo del documento no se hace reiteración de la categoría participación infantil, aunque sí de algunos conceptos relacionados.</p>	<p>NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA</p> <p>No hay concreción de la categoría participación infantil.</p>	<p>SE ESTABLECE DIÁLOGO CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Constitución Política Colombiana 1991 -Ley General de Educación (Ley 115)

MC	SE HACE EXPLÍCITA LA CATEGORÍA EN ALGUNOS APARTES	NO HAY REITERACIÓN DE LA CATEGORÍA	NO SE CONCRETA LA CATEGORÍA	SE ESTABLECE DIÁLOGO CON:
	<p>Los discursos planteados se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La democracia participativa -La resolución de conflictos y sana convivencia - Los derechos y deberes ciudadanos -El desarrollo del pensamiento crítico -La formación cognitiva y axiológica -El desarrollo de un proyecto de vida - El desarrollo de todas las dimensiones humanas -El desarrollo de valores como la honestidad, conciliación, autocuidado, cuidado del entorno, sentido de pertenencia, disciplina, cordialidad -El desarrollo de principios como la conciliación, tolerancia, respeto, honestidad, democracia, solidaridad y patriotismo. - El desarrollo de pactos por la convivencia, la vida, la integridad, el 	<p>Aunque la categoría aparece en el documento no hay una reiteración sobre ella.</p>	<p>Tampoco se concreta la categoría</p>	<p>-Declaración Universal de los Derechos del Hombre 1789</p> <p>-Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948 -</p> <p>Convención Internacional sobre los Derechos del Niño -Constitución Política Colombiana 1991</p> <p>-Ley General de Educación (Ley 115) Decretos Reglamentarios 1860/94, 1850/09, 1290/09 -</p> <p>Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098)</p> <p>-Código único disciplinario (Ley 734/02)</p> <p>-Prevención de la drogadicción (Ley 30 y Decreto 3788/86) -</p> <p>Prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad (Ley 124/94) -</p> <p>Atención a niños con talentos o limitaciones especiales en el territorio nacional (decreto 2086/96)</p> <p>-Corte constitucional ST-235/97, ST-555/94</p> <p>-Comités de convivencia, Acuerdo 04/00 del Concejo de Bogotá</p> <p>-Cátedra de derechos humanos, Acuerdo del</p>

	libre desarrollo de la personalidad, la responsabilidad, la autonomía, el control, la honestidad, el cuidado del entorno. -La participación activa del personero -La participación activa de los niños en el proceso educativo incluida en las comisiones de evaluación y promoción.			Concejo de Bogotá
--	--	--	--	-------------------

Fuente: enunciados provenientes de los documentos del colegio PEI y MC relacionados con la categoría de análisis participación infantil.

El PEI de este colegio, centra su interés en el apoyo que debe ofrecer la institución para la construcción del proyecto de vida que cada miembro de la comunidad educativa debe estructurar como forma de articulación con el conjunto de la sociedad en la que desea vivir.

El documento plantea la formación y el desarrollo de los niños y niñas en un contexto democrático, en concordancia con el Estado de Derecho, por ello, resalta la participación directa de todos los miembros de la comunidad educativa a través de mecanismos de representación que garanticen la toma conjunta de decisiones. Se espera que en las acciones democráticas cada quien, además de apropiarse de sus derechos, asuma sus deberes para que puedan ser extendidos en beneficio de la comunidad. Con esas pretensiones, en el PEI se promueve el respeto que implica el reconocimiento y aprecio por los demás; la tolerancia que es la capacidad para aceptar al otro diferente; la responsabilidad que exige de la participación para mejorar la calidad y el nivel de vida; la solidaridad entendida como la búsqueda de equilibrio social; la honestidad que se plantea como la rectitud al actuar, la

transparencia, la sinceridad y la legalidad de los miembros del colectivo educativo, y la capacidad crítica para comprender y construir realidad.

De igual manera, el PEI propende por la formación de niños, niñas y adolescentes libres, responsables, autónomos, solidarios, con competencias y habilidades que contribuyan a su formación integral y con conocimientos para la transformación propia, familiar, de la comunidad, y para la protección del medio ambiente.

Basado en la Ley 115 de 1994, el PEI promueve la organización del gobierno escolar para la participación democrática de toda la comunidad educativa. De acuerdo con ello, se establece el voto estudiantil para la escogencia de un estudiante de último grado para que asuma como representante al consejo directivo. Se propone en el proyecto la constitución del consejo estudiantil, el cual debe garantizar el continuo ejercicio de la participación de los estudiantes y velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de los mismos. También se establece que cada grado debe seleccionar un representante y que los estudiantes de los primeros cuatro grados, es decir, 0, 1, 2 y 3 escojan un solo representante, el cual debe estar cursando el grado 3 para que represente a los niños y niñas más pequeños. Se establece la conformación del comité de convivencia en el que deberán participar el estudiante miembro del consejo directivo, el estudiante del consejo de estudiantes y el personero de los estudiantes. Este es el único comité que cuenta con varios estudiantes y tiene como responsabilidad promover la sana convivencia, los derechos fundamentales y los derechos de los niños, los valores y principios del colegio y la resolución pacífica de los conflictos.

El MC, al igual que en el caso anterior, se plantea como un pacto en el que a través de la participación, la democracia, la discusión y el análisis se espera la sana convivencia y la resolución pacífica de los conflictos. El manual busca promover el desarrollo personal y colectivo de la comunidad, garantizar para cada miembro el disfrute pleno de sus derechos y el ejercicio de sus deberes, brindar un ambiente

propio para la participación transformadora, ser un marco referencial para la solución pacífica de los conflictos, y aportar elementos que nutran los proyectos de vida personales y colectivos.

Aunque se enuncian los derechos al respeto, educación, participación, uso de los servicios, a ser escuchado, informado y no discriminado, el manual enfatiza en los deberes que cada miembro de la comunidad debe asumir. Entre estos deberes están honestidad, conciliación, respeto, presentación personal, cuidado del entorno, sentido de pertenencia, cordialidad, disciplina, democracia, solidaridad y patriotismo.

En suma, los documentos de las IED que orientan el trabajo de la comunidad educativa están soportados en amplios marcos teóricos y de referencia que si bien no plantean de manera explícita el derecho de los niños y niñas a la participación, si plantean abiertamente categorías relacionadas que sugieren la participación.

5.3 Características sociodemográficas de los actores sociales

A continuación se presentan algunas características demográficas y sociales de los niños, niñas y sus familias, así como de los maestros y profesionales de salud que hacen parte de la comunidad educativa en cada uno de los casos. De estas comunidades educativas fueron seleccionados los actores sociales que decidieron participar libremente en esta investigación.

5.3.1 Características de los niños y niñas

Tabla 1

Edad de los niños y niñas

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
5-6	66	25	73	30.8	79	22.1
7-8	103	39.1	108	44.4	127	35.6
9-10	85	32.3	47	19.3	109	30.6
11-12	9	3.4	15	6.1	41	11.5
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Los niños y niñas de la investigación cursaban los grados de educación básica primaria y sus edades oscilaban entre los 5 y 12 años en los tres casos. Es evidente un mayor porcentaje de niños y niñas entre los 7 y 10 años de edad debido, tal vez, a que en los casos 1 y 2 los niños y niñas de quinto grado, por disposición del colegio, se encontraban ubicados en la sede de bachillerato, es decir, que en esos casos solo se trabajó con niños y niñas hasta el cuarto grado. En el caso 3, aunque la sección de primaria está ubicada al lado de la sección de bachillerato, se observa una menor cantidad de niños y niñas entre 11 y 12 años en el grado quinto. Para los tres casos se sabe que los niños y niñas de edades entre 11 y 12 años ya se encuentran cursando el grado sexto.

Tabla 2***Afiliación de los niños y niñas al sistema de salud***

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚME RO	PORCENT AJE	NÚME RO	PORCENT AJE	NÚME RO	PORCENT AJE
RÉGIMEN CONTRIBUTI VO	93	35.3	84	34.5	170	47.7
RÉGIMEN SUBSIDIADO	107	40.6	102	41.9	154	43.2
VINCULADO	38	14.4	23	9.4	11	3
REGIMEN ESPECIAL	8	3	8	3.2	14	3.9
NO AFILIADO	17	6.4	26	10.6	7	1.9
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Con relación al sistema de afiliación en salud se encuentra que en los casos 1 y 2 el 75.9% y el 76.4% de los niños y niñas respectivamente se encuentran asegurados por el sistema de salud en calidad de beneficiarios de los cotizantes, que en el caso 3 este tipo de aseguramiento se eleva al 90.9% de los niños y niñas y que aún, luego de veinte años de existencia de la Ley 100 de 1993, el 6.4%, 10.6% y 1.9% de los niños y niñas en los tres casos respectivamente no están cubiertos por el sistema. De igual manera, es importante señalar que existe un porcentaje significativo de vinculados al sistema con un 14.4%, 9.4% y 3% para cada uno de los casos, es decir, que aún existe población pobre y vulnerable que no se encuentra afiliada al sistema de salud.

Tabla 3***Personas con las que viven los niños y niñas***

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Personas con las que vive						
Ambos padres	134	50.8	130	53.4	230	64.6
Madre	88	33.1	65	26.7	96	26.9
Padre	26	9.8	43	17.6	12	3.3
Hermanos	6	2.2	4	1.6	1	0.2
Otros parientes	2	0.7	1	0.41	14	3.9
Instituciones de protección/Sin dato	7	2.6	0	0	3	0.8
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Cerca de un poco más de la mitad de los niños y niñas, es decir, el 50.8% en el caso 1 y el 53.4% en el caso 2, viven con ambos padres; en el caso 3 este porcentaje se eleva al 64.6%. Esto significa que solo la mitad de los niños y niñas viven con sus dos padres y la otra mitad con uno de sus progenitores que en la mayoría de los casos es la madre. La convivencia con ambos padres no excluye que otros miembros de la familia se encuentren bajo el mismo techo, por cuanto es frecuente la presencia de abuelos, tíos y primos en este tipo de familias. En el caso de los niños y niñas que viven solo con uno de los progenitores, se encuentra que en esa convivencia existe una variedad de relaciones en las que predominan la presencia de hermanos, padrastro/madrastra y/o abuelos. En porcentajes mucho más bajos se encuentran aquellos niños y niñas que viven con sus hermanos u otros familiares, y menos aún es frecuente la vida de niños y niñas en instituciones de protección.

Tabla 4***Procedencia de los niños y niñas***

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Bogotá	207	78.7	162	66.6	318	89.3
Cundinamarca	9	3.4	21	8.6	17	4.7
Otros	47	17.8	60	24.6	21	5.8
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los niños y niñas son oriundos de Bogotá, en porcentajes menores la procedencia de los niños y niñas es desde poblaciones de Cundinamarca cercanas a Bogotá como Facatativá, La Calera y Zipaquirá entre otras. Aquellos que provienen de otras ciudades, lo hacen especialmente de Medellín, Barranquilla, Cali, Villavicencio, Manizales o Cartagena, y en un número importante lo hacen como consecuencia del desplazamiento forzado por la violencia o por las condiciones de pobreza en las que vivían en sus lugares de origen.

Tabla 5***Número de hermanos de los niños y niñas***

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Ninguno	48	15.2	27	11.1	55	15.4
1-3	191	72.6	203	83.5	271	76.1
4-6	22	8.3	11	4.5	28	7.8
7-9	2	0.7	2	0.82	2	0.5
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Con relación al número de hermanos, un gran porcentaje de niños y niñas tienen entre 1 y 3 hermanos aunque también es significativo el porcentaje de niños y niñas que viven como hijos únicos. Lo cierto es que cada vez es menos frecuente

que las familias tengan más de tres hijos aunque, como se verá más adelante, los padres aún son personas jóvenes.

Tabla 6

Actividades de apoyo que realizan los niños y niñas en el hogar

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Oficios varios	138	52.4	168	69.1	204	57.3
Oficios de su cuarto y pertenencias	86	32.6	56	23	86	24.1
No realizan actividades en casa	30	11.4	11	4.5	45	12.6
Solo actividades escolares	9	3.4	8	3.2	21	5.8
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Son muchas y muy variadas las actividades de apoyo que realizan los niños y niñas en casa. De acuerdo a la tabla anterior, más del 80% de los niños en los tres casos manifestaron realizar alguna actividad diferente a sus responsabilidades escolares o a sus actividades lúdicas, y para más del 50% de los niños y niñas es común llegar a casa después de la jornada escolar a asumir actividades relacionadas con el aseo del hogar, la preparación y cocción de alimentos, el planchado y doblado de ropa, la crianza y cuidado de hermanos menores, el cuidado y aseo de mascotas, el regado de plantas y los “mandados” o compra de productos necesarios para el hogar, pues es común en este tipo de familias hacer compras diarias de acuerdo a la disponibilidad de dinero.

Alrededor de la cuarta parte de los niños y niñas asumen la responsabilidad del aseo y cuidado de espacios y objetos que son de su uso individual frecuente como por ejemplo, lavar la loza en la que consumen sus alimentos, lavar su ropa, colgar y organizar el uniforme del colegio que han utilizado, recoger los juguetes que han usado, mantener aseado y en orden el cuarto que habitan.

En porcentajes menores algunos niños y niñas aseguraron no realizar ningún tipo de actividad en casa diferente a sus deberes escolares o actividades lúdicas, y con mucho menor porcentaje están los niños que aseguraron no hacer nada en casa.

5.3.2 Características de los padres

Tabla 7

Edad de las madres de los niños y niñas

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚME RO	PORCENTA JE	NÚME RO	PORCENTA JE	NÚME RO	PORCENTA JE
21-30	104	39.5	112	46	148	41.5
31-40	101	38.4	109	44.8	135	37.9
41-50	42	15.9	11	4.52	62	17.4
51 y más	4	1.5	5	2	4	1.1
Ausente/fallecida	12	4.5	6	2.4	7	1.9
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la edad de las madres de los niños y niñas, en los tres casos se trata de mujeres jóvenes por cuanto el 77.9%, 90.8% y el 79.4% se encuentran entre el rango de los 20 y 40 años. Las madres mayores de 40 años no llegan a ser la cuarta parte del total de madres.

Tabla 8*Edad de los padres de los niños y niñas*

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
EDAD	NÚMER O	PORCENTAJ E	NÚMER O	PORCENTAJ E	NÚMER O	PORCENTAJ E
24-33	95	36.1	83	34.1	115	32.3
34-43	78	29.6	74	30.4	120	33.7
44-53	42	15.9	51	20.9	65	18.2
54 y más	8	3	7	2.88	11	3
Ausente/fallecid o	40	15.2	28	11.5	45	12.6
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

En comparación con las madres, los padres de los niños y niñas amplían su rango de edad en tanto los mayores porcentajes se encuentran entre los rangos de 24 a 53 años. Es importante resaltar que en porcentajes no despreciables para los tres casos, existen muchos padres que son designados por sus familias como ausentes permanentes y en otros casos fallecidos.

Tabla 9*Nivel educativo de las madres de los niños y niñas*

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
NIVEL ESTUDIO	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria	36	13.6	29	11.9	90	25.2
Secundaria	164	62.3	152	62.5	213	59.8
Técnica	21	7.9	21	8.6	24	6.7
Universitaria	23	8.7	24	9.8	13	3.6
Sin estudio/sin dato	19	7.2	17	6.9	16	4.4
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

La educación de las madres en los tres casos alcanza el nivel de básica y media con un 62.3%, 62.5% y 59.8% en cada caso respectivamente. Vale la pena anotar que en este estrato socio-económico son muy pocas las mujeres que alcanzan estudios de nivel técnico o universitario.

Tabla 10

Nivel educativo de los padres de los niños y niñas

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
NIVEL ESTUDIO						
Primaria	29	11	20	8.2	88	24.7
Secundaria	155	58.9	147	60.4	190	53.3
Técnica	12	4.5	25	10.2	11	3
Universitaria	19	7.2	8	3.2	8	2.2
Sin estudio/sin dato	47	17.8	43	17.6	59	16.5
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Llama la atención que el nivel educativo de los padres es menor que el de sus compañeras debido a que cuando la pareja se constituye, es el hombre el primero que abandona los estudios para vincularse de manera informal o formal al campo laboral para sostener esa nueva unidad familiar.

Tabla 11***Ocupación de las madres de los niños y niñas***

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMER O	PORCENTAJ E	NÚMER O	PORCENTAJ E	NÚMER O	PORCENTAJ E
Empleada	96	36.5	100	41.1	106	29.7
Informal	58	22	17	6.9	107	30
Ama de casa	86	32.6	83	34.1	123	34.5
Estudiante	4	1.5	4	1.6	12	3.3
Desempleada	3	1.1	0	0	0	0
Sin dato, discapacidad, fallecida	16	0.6	39	16	8	2.1
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

Más de la mitad de las madres han ingresado al campo laboral vinculadas como empleadas formales/temporales, es decir, recibiendo las prestaciones de ley pero con contratos de trabajo a corto plazo; en esta modalidad las madres asumen trabajos como empleadas del servicio doméstico, cocineras y/o aseadoras en restaurantes, cafeterías y oficinas, cultivadoras de flores y productos agrícolas, etc. En ese mismo porcentaje están las madres que se vinculan informalmente a la venta de productos comestibles, venta de llamadas por minutos a celular, venta de productos agrícolas en mercados de frutas y verduras, etc. Otro porcentaje importante de mujeres se definen como amas de casa en donde además de asumir las actividades del hogar trabajan en múltiples actividades que les generan ingresos económicos. Dentro de estas actividades están el bordado, la modistería, la pintura, los tejidos o la venta de productos por catálogo.

Tabla 12

Ocupación de los padres de los niños y niñas

VARIABLE	CASO 1		CASO 2		CASO 3	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
Empleado	140	53.2	97	39.9	140	39.3
Informal	70	26.6	69	28.3	160	44.9
Pensionado	4	1.5	1	0.4	0	0
Desempleado	0	0	0	0	17	4.7
Estudiante	1	0.3	1	0.4	2	0.5
Sin dato/ discapacitado	48	18.2	75	30.8	37	10.3
TOTAL	263	100	243	100	356	100

Fuente: elaboración propia.

En estos sectores sociales los hombres continúan siendo los mayores proveedores del hogar y su vinculación al sector productivo se hace a través del trabajo formal o en la informalidad. Al igual que sus compañeras, la vinculación laboral formal es en la mayoría de las ocasiones temporal y los sectores que acogen a estos hombres bajo esta modalidad son los de construcción, automotriz, vigilancia y carpintería, especialmente. Otros padres se encuentran en la informalidad vendiendo en las calles de la capital productos comestibles, agrícolas o servicios. Es de anotar que ningún hombre, por lo menos en los casos 1 y 2 se considera desempleado, pues según ellos, mientras tengan la responsabilidad económica de la familia siempre estarán en el “rebusque” para la satisfacción de las necesidades básicas.

5.3.3 Características de los maestros

Dado que el formulario de encuesta fue auto diligenciado solamente por 9, 16 y 11 maestros de los casos uno, dos y tres respectivamente, en esta sección haré una descripción textual de algunas características sociodemográficas relacionadas con estos actores sociales.

Con respecto a la *edad* de los maestros, en el caso 1 el 33.3 % era mayor de 36 años y menor de 50 años y el 66.6% era mayor de 50 años; en el caso 2 el 25% de los maestros se encontraba entre los 30 y 34 años, otro 25% entre los 35 y 49 años y el 50% eran maestros con edades que superaban los 50 años; en el caso 3 tan solo el 9% de los maestros tenía edades entre los 25 y 30 años, 36% edades entre los 41 y 50 años y el 54.4% edades que superaban los 50 años.

Con relación al *sexo* se encontró que en los casos 1 y 3 los maestros eran en su totalidad mujeres, en el caso 2 el 81.25% era de sexo femenino y el 18.75% de sexo masculino.

Los maestros de los casos 1 y 2 pertenecían en su totalidad al *nivel socioeconómico medio* que incluye los estratos 3 y 4, en el caso 3 el 90.9% de los maestros pertenecía al nivel *medio* y el 9% al nivel *bajo* es decir, al estrato 1 ó 2.

En el caso 1, la totalidad de los maestros devengaba entre 2 y 5 salarios mínimos legales vigentes (SMLV), en el caso 2 el 93.75% de los maestros devengaba entre 2 y 5 SMLV y el 6.25% de los maestros devengaba entre 5 y 8 SMLV, en el caso 3 el 81.8% de los maestros devengaba entre 2 y 5 SMLV, el 9% entre 5 y 8 SMLV y otro 9% más de 8 SMLV. Aquellos que devengaban entre 5 y 8 SMLV asumían cargos de dirección, coordinación, orientación, jefes de área, y quienes percibían más de 8 SMLV asumían cargos de dirección general en los colegios. Vale la pena decir que existían profesores de planta con cargos básicos que recibían remuneraciones entre 5 y 8 SMLV debido al escalafón en el que se encontraban.

En cuanto al *nivel educativo* de los maestros, el caso 1 presenta 22.2% profesionales, 11.1% profesionales con otro tipo de estudio no conducente a título, y 66.6% con formación posgraduada; en el caso 2, el 43.75% de los maestros era profesional y el 56.25% con formación posgraduada; en el caso 3 el 27.2% era profesional y el 72.7% tenía formación posgraduada.

El tiempo de *experiencia en educación* muestra para el caso 1 que el 22.2% de los maestros tenía entre 11 y 20 años de experiencia en el sector, otro 22.2% entre 21 y 30 años y el 55.5% más de 31 años de experiencia en educación; para el caso 2 el 25% de los maestros tenía menos de 10 años de experiencia, el 18.75% entre 11 y 30 años y el 56.25% de los maestros tenía más de 30 años en el campo; para el caso 3 el 9% de los maestros tenía menos de 10 años de experiencia, el 45.3% entre 11 y 30 años de experiencia y el 45.3% tenía más de 30 años de experiencia en el sector educativo.

Con relación al *escalafón docente*²⁵, en el caso 1 el 11.1% se encontraba en el escalafón 12, el 22.2% en el escalafón 13 y el 55.5% en el escalafón 14; en el caso 2, el 6.25% en el escalafón 7, el 12.5% en el escalafón 12, el 12.5% en el escalafón 13, el 43.75% en el escalafón 14 y el 25% de los maestros en el escalafón 2B; en el caso 3, el 9% se encontraba en el escalafón 8, el 18% en el escalafón 13, el 63.6% en el escalafón 14 y el 9% en el escalafón 2A.

5.3.4 Características de los profesionales del programa SAC

El auto-diligenciamiento del formulario de la encuesta fue realizado por 7, 7 y 4 profesionales de los casos uno, dos y tres respectivamente. De nuevo haré la descripción textual de algunas características sociodemográficas relacionadas con este grupo de actores sociales.

Con respecto a la *edad*, en el caso 1 el 14.2% de los profesionales era menor de 24 años, el 42.8% tenía entre 25 y 30 años y otro 42.8% tenía entre 31 y 35 años;

²⁵ La Ley 1278 de 2002 en su artículo 20 fija la estructura del escalafón docente y define tres grados (1, 2 y 3) establecidos con base en la formación académica del maestro y cuatro niveles salariales (A, B, C y D). Por su lado la antigua Ley 2277 de 1979 definió catorce grados en el escalafón docente que rige a aquellos maestros con antigüedad. Desde esta clasificación, los maestros aseguran que quienes están cubiertos por la Ley 2277 de 1979 perciben mejores salarios que aquellos cubiertos por la Ley 1278 de 2002 pues éstos últimos no superan los 5 SMLV.

en el caso 2 el 28.5% era menor de 24 años, el 42.8% entre 25 y 30 años, el 14.2% entre 31 y 35 años, y un 14.2% entre 36 y 40 años; en el caso 3 el 25% de los profesionales tenía entre 25 y 30 años, el 50% entre 31 y 35 años y el 25% entre 36 y 40 años.

Para el *sexo*, en el caso 1 el 14.2% de los maestros era masculino y el 85.7% femenino; en el caso 2 el 28.5% era masculino y el 71.4% era femenino; en el caso 3 el 75% era masculino y el 25% era femenino.

En el *estrato socioeconómico*, para el caso 1 el 14.2% era de nivel bajo y el 85.7% de nivel medio; en los casos 2 y 3 todos los profesionales eran de nivel medio.

Los *ingresos mensuales* de los profesionales, en el caso 1 eran menores a 2 SMLV para el 28.5% y entre 2 a 5 SMLV para el 71.4%; en el caso 2 el 14.2% de los profesionales recibían por su trabajo menos de 2 SMLV y el 85.7% entre 2 y 5 SMLV; para el caso 3 el 25% recibía menos de 2 SMLV y el 75% entre 2 y 5 SMLV.

En relación con la *formación de los profesionales*, en el caso 1 el 57.1% tenía título universitario en disciplinas como la enfermería, nutrición, psicología y odontología, el 42.8% tenía formación posgraduada a nivel de especialización; en el caso 2 el 14.2% tenía formación técnica como higienista dental²⁶, el 57.1% tenía título universitario en áreas como la psicología, nutrición, odontología y veterinaria, el 28.5% tenía formación posgraduada en nivel de especialización; en el caso 3 el 50% era profesional en trabajo social, enfermería, nutrición, odontología, psicología y saneamiento básico, y el 50% restante tenía formación posgraduada en nivel de especialización y maestría.

²⁶Aunque los higienistas dentales son formados en nivel técnico, en este caso los he incluido como parte del grupo profesional porque suelen desplazarse con el equipo SAC para asumir algunas tareas del personal con formación universitaria.

Con relación al *tiempo de experiencia* en el programa SAC, en el caso 1 el 14.2% de los profesionales tenía menos de 1 año en el programa, el 28.5% tenía entre 1 y 2 años, el 14.2% entre 2 y 3 años y el 42.8% más de 3 años en el programa; en el caso 2 el 42.8% tenía entre 1 y 2 años de experiencia y el 57.1% entre 2 y 3 años de experiencia; en el caso 3 el 25% tenía entre 1 y 2 años, el 25% entre 2 y 3 años y el 50% entre 3 y 4 años de experiencia.

CAPÍTULO VI

LOS NUDOS CONTEXTUALES PARA LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

El trabajo de indagación por los procesos de resistencia a la participación infantil, llevó a descubrir la existencia de dos niveles situacionales que, en principio, no fueron reconocidos como estructuras medulares de un mismo problema. En efecto, al iniciar y transcurrir el trabajo investigativo, se revela una serie de factores contextuales que actúan como fuerzas múltiples y ejercen un efecto negativo sobre las posibilidades e intereses por apoyar y desarrollar procesos participativos con los niños y niñas del estudio. Estos factores que se mostraban como simples reclamos de los actores sociales, pero que al ser examinados en detalle y con una perspectiva esencialmente hermenéutica, permitieron descubrir ese primer nivel situacional que se configura como la puerta de entrada para hacer visible el segundo nivel, es decir, las verdaderas resistencias a la participación infantil en el marco de los programas de promoción de la salud.

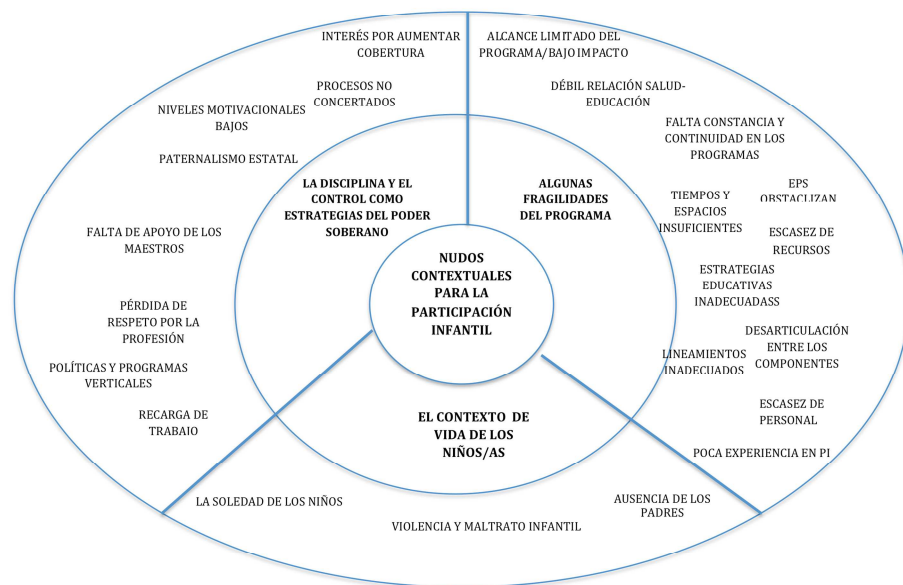
A los factores se les ha llamado en esta investigación *los nudos contextuales*, con lo que se quiere señalar a esas fuerzas que atan, enlazan, aprietan o anudan de manera directa y/o indirecta la posibilidad que pueden tener los niños y niñas para participar. Una vez analizados estos nudos, se entiende que ellos comportan una realidad objetivable, es decir, que se muestran y son reconocidos por los actores sociales como situaciones concretas, verificables, observables, que son percibidas-construidas a lo largo de sus trayectorias de vida como sujetos sociales, culturales, políticos, profesionales, pero sobre todo como miembros activos que le dan vida a los componentes del programa SAC en el ámbito escolar.

Los nudos contextuales están entonces referidos a lo conspicuo del problema, a aquello que conforma la urdimbre visible pero que oculta lo que en esencia se constituye como las *verdaderas resistencias* a la participación infantil. Por su lado,

las resistencias se configuran en el segundo nivel situacional, ese que no fue advertido inicialmente, que se hizo imperceptible, invisible, que pasó desapercibido, pues era lo no dicho por los actores sociales, pero allí estaba, provocando barreras para que los niños y niñas realmente pudieran y puedan hoy disfrutar del derecho que tienen a participar de manera activa en la sociedad en la que viven.

Así pues, en este capítulo se describirán y analizarán esos nudos contextuales que, en tanto fuerzas negativas, obstaculizan los procesos participativos en la infancia para los tres casos seleccionados. Y aunque la investigación no pretendía la generalización así como tampoco la comparación entre los casos, llama la atención que los dos niveles situacionales identificados son esculpidos casi de la misma forma en los tres casos del estudio. Con el ánimo de facilitar la comprensión, se inicia este trabajo con la presentación de la Figura 2 en la que se relacionan esos nudos contextuales.

FIGURA 2. Nudos contextuales para la participación infantil



6.1 La disciplina y el control como estrategias del poder soberano

Ya se ha dicho que la institución salud contemporánea es una edificación que resulta de la racionalidad política que domina desde comienzos de la modernidad. En efecto, esta institución se configura como pieza clave del dispositivo de poder, que tiene como uno de sus principales propósitos, actuar sobre los cuerpos y mentes individuales y colectivas para que sintonicen con el nuevo orden social establecido. Y es que, a través del dominio y control de los cuerpos y mentes humanas, se garantiza la estabilidad del poder soberano y la sujeción de los sectores sociales, esos que al no encontrar otra alternativa, quedan dispuestos para responder de manera ajustada a ese orden social que determina.

Es pues desde el interior de la institución salud, que se construyen hegemónicamente realidades a través de rituales de verdad, discursos, sujetos y subjetividades coherentes con las exigencias de un mundo abiertamente capitalista, dominado no solo por la producción económica, sino por la generación de saberes, significados, sentimientos, deseos y actitudes individuales y colectivas.

Los sujetos, como producto de las estrategias de gobierno que implican técnicas de disciplinamiento y control coherentes con esa racionalidad política, son moldeados para que piensen, actúen y deseen de una forma determinada, para que desarrollen actitudes y comportamientos contrarios a otras formas de pensamiento que se alejan de la lógica del mercado. Por fortuna, no siempre el cuerpo o la mente del ser humano quedan dispuestos para el determinismo pues, aquellos sujetos que podemos considerar pensantes, logran experimentar ese movimiento interno necesario que los libera respecto de sus condicionantes, esto les permite construir alternativas a la racionalidad política dominante que pueden resultar más acordes con el proyecto humano. Ya lo decía Miguel Morey tomando prestadas algunas palabras de Michel Foucault “porque somos más libres de lo que creemos, y no porque estemos menos determinados, sino porque hay muchas cosas con las que

podemos romper – para hacer de la libertad un problema estratégico, para crear libertad. Para liberarnos de nosotros mismos” (Foucault, 1990, p. 44).

Se introdujo el capítulo cinco al decir que las políticas y programas han sido el resultado de luchas epistémicas por conseguir un lugar privilegiado para el dominio de lo político, económico y cultural de la sociedad. Las luchas persisten, y lo que se advierte es un modelo abiertamente de mercado cuyos mecanismos y estrategias de poder cooptan cada vez más las ideas de lo que se ha llamado la *nueva salud pública*, la cual basa sus argumentaciones en el enfoque de los derechos humanos, la APS, la promoción de la salud, la gestión social integral (GSI), el desarrollo de la autonomía individual y colectiva, la salud como derecho humano y la participación activa de las comunidades en los asuntos relacionados con la salud, que también son subsumidos por el poder soberano.

Así es como en esta investigación se identifica que los actores sociales construyen contextos que no favorecen los procesos de participación infantil, a pesar de los elementos teóricos que soportan los programas de salud. Las técnicas de disciplinamiento utilizadas por el poder soberano a través de acciones estatales directas sobre la población, son tangibles en estos programas en la persistencia de *regímenes de verdad* medicalizados que fraccionan los cuerpos y promulgan la intrasectorialidad para evadir otras perspectivas y promover ideas sobre los niños como seres aún no acabados. Estas técnicas afectan toda la institución salud.

Ya es costumbre que en este sector se realicen grandes inversiones para aliarse con la ciencia y la tecnología, y para apropiarse del conocimiento acumulado. Se han gastado buenas sumas de dinero para imponer políticas, planes y proyectos que a la postre no logran, ni lograrán la sostenibilidad deseada debido a que las comunidades continúan marginadas en el análisis y tratamiento de sus propios problemas de salud porque aún se rechaza la perspectiva de los otros.

Desde la percepción de los actores sociales de la investigación, las políticas continúan siendo una *construcción vertical* (top-down) elaboradas en la calma e imperturbabilidad de una oficina, alejadas de la realidad de la gente, basadas en enfoques positivistas que reducen la realidad social a asuntos estadísticos. Son políticas que no logran entender lo vivido, que desconocen las necesidades individuales y colectivas así como todo lo que ellas envuelven:

Cada referente central debería venir y trabajar en equipo con los profesionales del programa, con los maestros, padres de familia y niños para que conjuntamente elaboren los lineamientos, porque actualmente lo hacen con base en los informes que nosotros enviamos, pero una cosa es lo que dicen los informes y otra cosa es lo que vivimos en la cotidianidad de nuestro trabajo. Los informes no dan cuenta de la realidad que vive la gente, los informes son solo datos estadísticos que no son capaces de mostrar los problemas sociales (PS, 009, Caso 1).

Desde la misma secretaría de educación se promueven los procesos verticales porque a nosotras que estamos a diario con los niños nunca nos toman en cuenta, las políticas y programas se construyen sin el contexto de la gente, no nos vienen a preguntar qué pensamos, qué sentimos o qué necesitamos. Cuando uno no se siente parte del proceso y me vienen a imponer las cosas, por qué las voy a acatar si están fuera de mí?, me parece que eso es un atropello para la gente que trabaja en la base, es un irrespeto, no nos pueden imponer las cosas, por eso es que los programas fracasan y se pierde toda la inversión. El día que llegó el programa Salud al Colegio a esta institución, no nos dijeron profesoras vamos a trabajar con ustedes, ellos llegaron con las cosas listas y las aplicaron pero los programas se deben contextualizar y promover que la gente se apropie de ellos (GF-Maestros, Caso 1).

Las políticas continúan siendo verticales pero eso no significa que no se haya trabajado por la participación de la comunidad porque cuando empezó el programa Salud al Colegio se hacían mesas de participación en cada localidad con adultos mayores, mujeres y niños, y lo que allí se recogía se tenía en cuenta pero no

quedaba plasmado en los documentos lo que la comunidad decía. Los adultos participaban en los copacos y los niños en los copaquitos pero poco a poco esa participación se fue acabando y solo iban los abuelitos que no tenían nada que hacer y algunas amas de casa (PS, 060, Caso 3).

El modelo vertical (top-down) para la construcción de políticas de salud, revela los propósitos del poder soberano: disciplinar y controlar como mecanismos de apropiación total de los sujetos individuales y colectivos. Y aunque los organismos estatales, que al cumplir con las exigencias de las élites, asumen la tarea de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de los niños y niñas que asisten a los colegios públicos, procuran esa apropiación de los sujetos con estrategias que incluyen el *aumento de cobertura* de los programas de promoción y prevención. Este aumento de cobertura no siempre se logra, pero es evidente el interés de los organismos estatales por mostrar todo lo contrario con la intención de crear la falsa idea del total control y disciplinamiento de los sujetos. El interés irracional por aumentar la cobertura, sacrifica procesos importantes entre ellos la participación efectiva de los niños y niñas:

Uno sabe que lo que les interesa en las secretarías y en la administración central es el aumento de las coberturas y eso nosotros debemos soportarlo con las estadísticas sin importar los procesos. A nosotros nos dicen que debemos cubrir muchos colegios, pero pocos niños en esos colegios, y que debemos hacer acciones promocionales y preventivas más que asistenciales. Para eso se sugiere la preparación de unos pocos niños en temas de salud y convertirlos en multiplicadores de los temas de salud, pero para lograr eso necesitamos tiempos, espacios, profesionales idóneos, experiencias de participación infantil y eso es lo que no hay. No podemos iniciar procesos participativos con bases débiles porque no es sostenible, me parece que debemos edificar con bases sólidas esos procesos participativos para que sean fructíferos. Por ahora solo hacemos lo que nos dicen, es decir, llegamos a los colegios, trabajamos los talleres con pocos niños, a veces las profesoras nos mandan los insoportables, terminamos nuestras actividades y

hacemos firmar las fichas de lo trabajado porque con ellas es que nos evalúan (PS, 009, Caso 1).

Los proyectos y programas deben mostrar con estadística los logros, no importan los procesos y menos aún la calidad de esos procesos, por ejemplo, aunque el 100% de los niños reciben refrigerio muy pocos logran desarrollar hábitos saludables (Maestro, 001, Caso 1).

Los profesionales llegan aquí y solo les interesa que les firmemos las fichas y uno les firma porque ellos así pueden justificar lo que hicieron, ellos dicen que estuvieron 3 ó 4 horas haciendo un taller con los niños y uno les firma porque están acá en el colegio y porque la hoja dice el nombre del profesor, el cargo, pero ahí no dice qué es lo que uno realmente está firmando y lo pueden anexar a lo que quieran y uno no sabe qué pasa con eso luego, no nos consta nada pero [...] (Maestra, 005, Caso 1).

El modelo vertical (top-down) en la construcción de políticas, proyectos y programas está íntimamente relacionado con la mecánica del poder que recae directamente sobre los cuerpos y mentes de los sujetos, se ejerce de manera continua a través de la vigilancia y el control de acciones que deben ser registrables, medibles, cuantificables para construir la estadística que los sistemas de gobierno requieren para mantener el dominio y el control. Es desde esta mecánica de poder que se vigilan, controlan y contienen los sujetos, que se mantienen diferentes formas de dominación en las que se establecen relaciones subordinadas y se toman decisiones sin contemplar la perspectiva de los otros. Y es justamente este el fenómeno reportado por los maestros de la investigación, quienes advierten en algunas prácticas estatales una valoración positiva del patriarcado. Es a través de estas relaciones *paternalistas* en que el Estado ejerce su poder soberano seduciendo a la población con medidas proteccionistas que a la postre buscan limitar la libertad individual y colectiva, el pensamiento crítico y reflexivo, así como la capacidad para romper con los parámetros establecidos.

Este tipo de relaciones se replica de manera jerárquica en el modelo vertical de las políticas, y son los niños y niñas quienes resultan los más oprimidos en tanto se ubican en el último escalón, pues por encima de ellos se toman decisiones y se definen acciones que suponen la satisfacción de sus necesidades, lo que a la postre disminuye la capacidad de respuesta de los niños.

El Estado se ha encargado de quitarles responsabilidad a los padres de familia y de alguna manera quiere mantener a la población relativamente satisfecha para evitar que la gente proteste, no se estimula suficientemente la participación de la gente y menos la de los niños porque entre menos actividad política por parte de la comunidad, más posibilidad de seguir cometiendo los atropellos que se cometen. Cuando a la gente se le da más de lo que se debería, lo que se está haciendo es silenciando las posibilidades de protesta social (Maestro, 001, Caso 1).

En esta investigación, las relaciones Estado-sociedad desde este esquema patriarcal se manifiestan en acciones derivadas del programa SAC que no consideran la *concertación* con la comunidad, a pesar de que los lineamientos teóricos generales del programa se enmarcan en la valoración positiva que se hace de la participación comunitaria y de los acuerdos logrados con la comunidad. Y aunque los lineamientos teóricos son conocidos por los profesionales del programa, no se toma en cuenta la sugerencia de estos documentos que se refiere al reconocimiento que se debe hacer de la perspectiva de las comunidades. En efecto, en los lineamientos se propone por ejemplo realizar al comienzo de cada año escolar, una sesión con las directivas del colegio y el equipo de salud para identificar conjuntamente las necesidades en salud de los miembros de la institución educativa. En muchos de estos casos, los profesionales llegan a este primer encuentro con los componentes del programa definidos y estructurados, y es sobre estos componentes que se ajustan las actividades sugeridas, priorizadas y pertinentes para la comunidad del colegio.

Dado que es en este primer encuentro en el que surgen las oportunidades para acordar actividades, definir cronogramas y asumir responsabilidades derivadas de las acciones en cada uno de los componentes, es que los profesionales del programa están obligados a adoptar una actitud abierta, conciliadora, receptiva, que le permita a la comunidad educativa exponer sus necesidades, preocupaciones e intereses para dejar de lado las acciones en salud definidas desde el nivel central que con frecuencia, no tienen impacto sobre la comunidad.

Desafortunadamente, lo que se advierte en el trabajo de campo es que la participación de las directivas del colegio se reduce a abrir los espacios de la institución para que los profesionales ejecuten los programas. Por su lado, la participación de los maestros se limita a ceder tiempos de sus horarios académicos y a establecer el contacto entre los profesionales del programa y los niños, niñas y padres de familia de la institución. Es necesario decir además que para esos primeros encuentros entre el sector educativo y el de salud, los niños, niñas, adolescentes y padres de familia no son convocados, así como tampoco consultados.

Nos preguntan cuáles son nuestras necesidades en salud?, yo les respondo que tenemos muchas necesidades en salud: el manejo de los problemas cognitivos de los niños, en la parte visual de los niños, en el manejo de la pediculosis, yo siempre participo en esas reuniones haciendo aportes, identificando las necesidades de los niños de la institución, pero realmente no llegamos a ningún acuerdo, no hay concertación en la oferta de los programas y así no creo que se pueda hablar de participación ni de niños, ni de nosotras, ellos ya traen todo montado y ahí en ese caso qué podemos decir? o qué podemos concertar si ya todo está definido?. En las decisiones no hay ningún maestro que nos represente, no podemos decir que los componentes del programa realmente se basen en nuestras necesidades (Maestra, 001, Caso 1).

Ellos (los profesionales del programa) nos hacen la presentación de lo que tienen y de lo que nos van a ofrecer, ya tienen todo montado y no tenemos

participación en ese encuentro, a veces nos preguntan qué necesidades en salud identificamos pero finalmente no se tiene en cuenta lo que decimos. De pronto podemos sugerir los grupos con los que pueden trabajar o a veces nos comparten documentos, material pero no se modifica nada teniendo en cuenta nuestra experiencia. Antes había más participación de uno pero ahora yo desconozco lo que van a trabajar, yo apoyo en lo que puedo pero hasta ahí va mi trabajo y ellos vienen como por cumplir pero no veo la motivación o el interés que había antes (Maestra, 006, Caso 2).

Para los profesionales del programa, los procesos para concertar con la comunidad son difíciles de seguir debido a que ellos reciben, a través de los lineamientos del programa, las indicaciones precisas y las acciones que se deben asumir en cada uno de los componentes del programa. En opinión de los profesionales, los elementos teóricos que soportan las acciones de prevención y promoción de la salud, pocas veces se hacen operativos debido a que la realidad desborda lo contemplado en lo teórico. Y aunque no todas las problemáticas en salud que se presentan en las comunidades son abordadas por los componentes del programa, en la presentación inicial a la comunidad educativa de lo que es el programa SAC, el equipo de profesionales hace una introducción general de cada componente a cargo del referente que domina la temática, y, teniendo en cuenta las necesidades del colegio, se escogen los componentes que van a ser desarrollados durante todo el año. Ejemplo de ello es que en 2011, el colegio del caso tres, recibió como componentes del programa acciones en educación sexual y reproductiva, salud oral, salud visual, nutrición y administración de multivitamínicos.

En los colegios nos dicen que nunca concertamos nada pero a comienzos de este año se hizo una lectura de necesidades con un grupo gestor que designó el colegio y de ahí pudimos tomar elementos para iniciar el trabajo, concluimos que existían experiencias, recursos, potencialidades y habilidades en la institución que nos indicaba que no íbamos a partir de cero. Con este insumo, el hospital organizó los componentes y las actividades que se iban a traer a este colegio y por eso

decidimos construir dos grupos de estudiantes con los cuales trabajamos habilidades para la vida y prevención en el consumo de sustancias psicoactivas. Los profesionales que llevamos un tiempo importante con Salud al Colegio entendemos la importancia de la concertación con la comunidad porque recibimos hace más de ocho años todo el soporte teórico relacionado con la estrategia promocional de calidad de vida en la que era importante el proyecto de desarrollo de autonomía - PDA- (PS, 059, Caso 3).

Los pocos ejercicios de concertación registrados en la operación del programa y sus componentes, provocan que las temáticas y actividades de salud preparadas por los profesionales, no se integren de manera efectiva al currículo general de la institución educativa. En consecuencia, los profesionales deben sacar provecho de cualquier espacio y tiempo libre para realizar las actividades promocionales y preventivas, intentando incluir al maestro director de cada grupo para articular esas temáticas y actividades con las asignaturas planteadas desde el currículo y dictadas en cada uno de los cursos. Dado que no hay articulación al currículo, los maestros perciben que las temáticas y acciones de los componentes del programa SAC sugeridas por los profesionales, ocasionan una adición de tareas que aquellos no están dispuestos a cumplir. En sus palabras, lo que ocurre es que se produce una *recarga de trabajo* que les está impidiendo cumplir con su labor pedagógica para la que han sido contratados, de ahí que no exista un real interés por iniciar y mantener procesos participativos, pues éstos consumirían más tiempo del que realmente se tiene:

Yo soy directora de un curso, dicto las clases de matemáticas, español, informática y en los huequitos que me van quedando trabajo ciencias y sociales así no sea el bloque de las dos horas se invierte una pero se ve, digamos que lo del programa de salud oral lo veo en ciencias. Si usted ve, no hay tiempo para nada, no es fácil incorporar los temas de salud oral y eso que ese componente es el que mejor funciona. Si usted quiere meter e iniciar procesos participativos es muy complicado, aunque yo creo que los niños sí participan lo que necesitan participar, pero que uno

diga que existen procesos pues no porque se requeriría invertir tiempo y no hay. Los niños de primaria entran a las siete de la mañana y salen a las doce del medio día, es decir, son cinco horas en las que toman refrigerio, hacen descansos, salen a recreo, se cepillan los dientes, se dictan las clases del currículo y si hay tiempo se meten los proyectos pedagógicos institucionales como el de Salud al Colegio, el de Medio Ambiente (Maestra, 005, Caso 1).

Al comienzo pensé que Salud al Colegio era un programa de apoyo que nos venían a dar, que venían a reforzar el trabajo con los niños, pero no, se dijo que venían a promover cosas y a ponernos más trabajo como ya lo han dicho las otras compañeras, a dejarnos una cantidad de trabajo y que cuando se identifica un caso y se remite a los profesionales del hospital, lo que hacen ellos es pasarlo a la EPS, ellos canalizan lo que nosotras identificamos para las EPS y en resumidas cuentas el trabajo no se ve, vuelve uno al trabajo solitario pero más cargado. Por ejemplo nos traen los kits orales para que nosotras dediquemos media hora a que todos los niños pasen a cepillarse, en el refrigerio son otros cuarenta minutos más y nosotras los repartimos y estamos pendientes que los niños coman. Cualquier programa lo terminamos manejando nosotras y los contenidos que debemos dar se van quedando porque el tiempo se nos va en los programas que nos imponen porque además no son acordados. Son cosas que yo creo que no deberíamos estar haciendo porque nuestra labor es docente, pero cuando se evalúa el conocimiento de los niños ahí sí somos responsables y nos tachan de mediocres (GF-Maestras, Caso 1).

Los docentes siempre nos dicen que lo que hacemos es llevarles más trabajo y nosotros les respondemos que son ellos quienes están con los niños y que los temas de salud deben ser vinculados en las asignaturas que ellos desarrollan, pero además nos dicen que además de recargarlos no les solucionamos nada. Ellos esperan que nosotros resolvamos los problemas de salud de los niños y jóvenes y que se los devolvamos sanos para que no tengan que individualizar los procesos y dedicarse a cada niño según sus requerimientos. Yo les digo que no es recarga sino que se trata de incorporar los temas en sus clases porque tan importante es la

matemática, el lenguaje, la química y las ciencias como el desarrollo de habilidades para la vida, es decir, habilidades para enfrentar el mundo con sus problemas, habilidades para decirle a un compañero yo no quiero fumar eso, habilidades para ver alternativas diferentes al suicidio, habilidades para descartar el embarazo precoz como forma de escapar a los problemas familiares (PS, 060, Caso 3).

La iniciación e incorporación de procesos, temáticas, proyectos y acciones novedosas alteran las rutinas escolares pues exigen una mayor cantidad de tiempo, espacios adecuados, estrategias metodológicas atractivas que provean ejercicios de experimentación y vivencias en el aula para lograr que los conceptos abstractos, en este caso, relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puedan resultar comprensibles para los niños y niñas. Y si bien, los contenidos de las asignaturas tradicionalmente tratadas en las instituciones educativas son importantes, también lo son el aprendizaje y la práctica de valores y habilidades para la vida. Las instituciones educativas no pueden evadir su responsabilidad formadora de ciudadanos y ciudadanas que asumen de manera reflexiva, crítica y participativa su propia condición de salud y calidad de vida, así como las del grupo social al que pertenecen. De ahí que en la cotidianidad del ámbito escolar se deba contar con los espacios y tiempos necesarios para tratar contenidos temáticos, vivir experiencias, lograr reflexiones, alcanzar valores y compromisos que lleven a la formación responsable de niños, niñas y jóvenes capaces de estar ubicados adecuadamente en el mundo complejo en el que les tocó vivir. Así lo plantea Zemelman al decir que ante la dificultad de comprender la realidad compleja, se necesita “que la construcción del conocimiento se esculpa en forma de superar la escisión entre sus contenidos y los sujetos que pueden hacer uso de ellos” (2007, p. 76).

Los niños de primaria tienen unos ritmos diferentes, por eso los horarios rígidos son muy complicados porque con ellos no se puede pasar a otro tema si no tenemos seguridad de que todo quedó comprendido. Con ellos una profesora necesita mayor concentración porque debemos acompañarlos a contar las pepitas, a

sumar o restar las pepitas, a pasar eso que experimentó en el cuaderno, a revisar las gráficas, a mirar que todos copien la tarea, en fin, nuestras rutinas no nos permiten incorporar cosas nuevas y si se incorporan se hace con mucha dificultad. Y eso sin hablar del trabajo en valores que debemos hacer porque los papás ya no tienen tiempo para eso. Traen a los niños en la mañana bien temprano y en la tarde los niños se van para su casa a estar solos hasta que los papás llegan en la noche cansados del trabajo a desquitarse con los chiquitos, a exigirles sobre los oficios que debieron hacer en la casa, sin preguntarles por las tareas porque casi no los acompañan a hacer tareas, aunque no todos, pero sí la gran mayoría. La crianza la estamos asumiendo poco a poco nosotras (Maestra, 005, Caso 1).

La verticalidad en la formulación de políticas, programas y proyectos, los enfoques autoritarios que jerarquizan y afectan a la población de niños, niñas, adolescentes y a los adultos comprometidos con la infancia, la falta de concertación en el trabajo de campo y la percepción que tienen los maestros sobre la mayor carga de trabajo a la que son sometidos, se constituyen en los ingredientes perfectos para que los maestros piensen que socialmente su profesión es menos valorada hoy si se compara con el prestigio de su figura y el respeto que infundía su presencia en épocas anteriores. En efecto, los maestros creen que la comunidad en general ha *perdido el respeto por la profesión del maestro*, que existe menos consideración hacia el gremio y que ya no se acatan de la misma forma las recomendaciones, sugerencias o llamados de atención que ellos hacen:

Nosotros tenemos que volver a ocupar nuestro puesto como maestros porque a nosotros no nos regalaron el título, nosotros pasamos por la universidad y ahora nos utilizan y después nos desechan, dicen que somos de pésima calidad, pero quieren que hagamos con los niños de todo, yo sí haría una campaña para que no todo tenga que hacerse desde los colegios, sino que se hicieran en otros espacios, en las casas es donde se debe empezar a promover la participación del niño para que cuide su cuerpo, para que se alimente sanamente, para que haga deporte y dejar el

colegio para lo que nació, para enseñarle a los niños lo que deben saber sobre matemáticas, ciencias, lenguaje, etc. (GF-Maestros, Caso 1).

Como resultado de lo anterior, los maestros miran con recelo la puesta en marcha de proyectos que buscan apoyar el aprendizaje de los niños y niñas, y el desarrollo de sus habilidades y competencias para la vida. Se advierte en el grupo de maestros, que de una u otra forma están preocupados en las acciones que buscan promover la salud de los niños y niñas, un *bajo nivel motivacional* para trabajar en el programa SAC, pues se revela la existencia de un estado interior que no les permite activar y mantener una conducta participativa para que los actores sociales puedan hacer parte efectiva del programa. Así los maestros cuentan con el potencial interior necesario para construir un mejor contexto, la realidad los desborda y ni sus conocimientos, sentimientos o deseos pueden ser liberados porque se perciben regulados, contenidos, frustrados y atrapados:

A nosotros no nos reconocen como el principal recurso para llegar a los niños, trabajamos aislados de los demás e inclusive de las directivas del colegio. Uno a veces ni se entera que la compañera está mal, no podemos compartir ni siquiera un tinto, casi ni hablamos, nos dedicamos a trabajar, ese tipo de ambientes hace que uno no se comprometa, que haga uno el trabajo por hacerlo y nada más, en esas condiciones es muy difícil que funcione un programa, para promover y hacer duradero un programa de participación infantil se requiere del compromiso de los adultos para acompañar al niño (Maestra, 005, Caso 1).

Nosotros participaríamos más en la participación de los niños si estuviéramos motivadas para hacerlo, pero en este momento yo personalmente no estoy motivada para hacerlo porque ya he vivido muchas cosas con los muchachos y he salido afectada. Ha pasado por ejemplo que cogemos a niños y muchachos robando cosas del colegio y robándonos a los profesores y cuando se pone la denuncia los chicos se nos enfrentan y nos desmienten, los padres de familia nos insultan porque creen que sus hijos no son capaces de nada y las autoridades no

hacen nada porque según ellos son conductas no riesgosas para la sociedad y a uno si le toca aguantarse el muchacho el resto de año con el riesgo de que uno sea atacado fuera del colegio o en las mismas instalaciones como ya ha pasado (Maestra, 011, Caso 3).

Ese bajo nivel motivacional de los maestros relacionado con su marginación de procesos pedagógicos en los que no se reconocen sus intereses, conocimientos, necesidades y deseos, se traduce en un profundo desinterés para participar en los programas, y, a su vez, es leído por otros actores sociales como una *falta de apoyo de los maestros* al trabajo de los profesionales del programa salud al colegio:

Pues se debería promover mucho más la participación infantil, pero creo que las docentes no vamos a ceder mucho frente a eso, por lo menos por ahora, porque todos somos reacios al cambio, a cualquier cambio, todas, de una u otra manera sabemos que la participación de los niños es un derecho, pero a pesar de eso no vamos a cambiar, algunas por comodidad de seguir igual, otras porque ya no les interesa, están a punto de pensionarse y eso no las mueve, otras porque les parece arriesgado, y algunas simplemente porque no quieren (Maestra, 005, Caso 1).

Cuando hicimos la evaluación del trabajo de los profesionales el año pasado, con gran sorpresa encontramos que las únicas personas que estábamos éramos la profesora Ruth, la orientadora y yo, como si el programa solo fuera responsabilidad nuestra, dónde estaba la participación de los profesores que se supone hacen parte del programa?, allí estaban los estudiantes y se hubiera podido hablar en ese momento de todas las inquietudes que siempre se generan, por eso es que los programas se quedan ahí (GF-Maestros, Caso 1).

El poco interés que tienen los maestros frente a los componentes del programa SAC se hace evidente cuando asumen comportamientos o actúan obstaculizando los procesos llevados por los profesionales. En muchas ocasiones son los mismos maestros los que impiden la participación de los niños y niñas en las

actividades del SAC y se las ingenian para enviar a las actividades de salud a niños y niñas cuyas características personales, académicas y/o sociales son complicadas:

La institución nos garantizó la conformación de los líderes en salud o de los gestores en salud y así como esto es un logro muy importante hay que dejar ver lo negativo. Estos niños y jóvenes cuentan que los docentes con quienes se les cruzaba la propuesta de salud, no les permitían asistir a las actividades de Salud al Colegio (PS, 059, Caso 3).

Los niños que van a participar como gestores del programa son escogidos a dedo por las docentes y en la mayoría de casos nos envían a los niños problema, a los que no se aguantan, a los que no quieren tener porque las docentes ya no saben qué hacer con ellos en el aula, son muy pocos los casos en que se escogen a niños o muchachos líderes o que quieren trabajar en el tema de salud por voluntad propia, en ese caso se viola el primer principio para participar: querer participar (PS, 020, Caso 3).

En suma, el interés por mantener el poder soberano a través de estrategias de disciplinamiento y control sobre los actores sociales comprometidos con el mantenimiento y potenciación de la salud y calidad de vida de los niños y niñas, ha incentivado el uso de modelos verticales, patriarcales y jerarquizados en la construcción y ejecución de políticas, programas y proyectos que comprometen la autonomía del sujeto humano y lo colocan en una posición de dependencia ante las determinaciones del contexto construido. En ese sentido, la capacidad que se le atribuye al ser humano como sujeto pensante y actuante para transformar su entorno es mutilada, dejándolo inerte ante las circunstancias. Ya lo planteaba Foucault al decir que estas “relaciones de poder caracterizan el modo en que los hombres son gobernados los unos por los otros” (1990, p. 20) y es a través de esas formas de gobierno que el sujeto es despojado de su subjetividad para ser reemplazada por otra.

6.2 Algunas fragilidades del programa

Si bien, la pretensión en esta investigación no era realizar una evaluación del programa SAC, la interacción con los actores sociales para indagar sobre las resistencias a la participación infantil, permitió identificar algunas de las múltiples fragilidades del programa que impactan de manera directa esa participación.

En principio, los actores sociales identifican una *débil relación entre el sector educativo y el sector salud* en el nivel local. Esta debilidad está sustentada en el conflicto conceptual y práctico que se hace de la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento, pues mientras para el sector salud la promoción es la estrategia a partir de la cual se planean actividades para el desarrollo de habilidades y competencias personales, así como la construcción de ambientes propicios y de unas condiciones de vida favorables; para el sector educativo lo promocional no puede ser desligado de la asistencia pues es ésta la que debe tomar valor en los programas de salud que se ofrecen en las instituciones educativas.

El dominio de los conceptos técnico-científicos relacionados con la salud y el desarrollo práctico de la promoción de la salud, son saberes propios del personal del programa que no han tomado lugar en el saber y conocimiento del personal del sector educativo, pues éste no está teóricamente inmiscuido en el asunto por cuanto muestra un verdadero desconocimiento por el paradigma de la promoción de la salud. Como ya lo había anotado con anterioridad, el papel del sector educativo se limita a proporcionar los espacios y tiempos para la ejecución de las actividades de salud derivadas del programa, aunque esos tiempos y lugares no están del todo garantizados:

No tenemos suficientes herramientas para el trabajo, no hay una verdadera articulación entre los sectores comprometidos: salud y educación. Existe un referente de salud y un referente de educación y se supone que la coordinación entre estos dos nos tendría que facilitar el trabajo pero muchas veces ni siquiera nos dejan

entrar en los colegios. Creo que tiene que existir mejor comunicación, más articulación, mayor compromiso. Es necesario vincular a toda la comunidad educativa en este programa, es decir, estudiantes, directivas, maestros, administrativos, profesores. Mi percepción es que estamos como ruedas sueltas, no tenemos un engranaje, hacemos lo que nos corresponde o lo que nos dicen que debemos hacer y hasta ahí. Yo creo que así no pueden funcionar las cosas, debe haber algo más de motivación e interés. Creo también que la interinstitucionalidad se da más en lo asistencial que en lo promocional (PS, 008, Caso 1).

A nivel central hay un equipo de trabajo que cuenta con un coordinador y con personas encargadas de cada intervención y que son los que desarrollan los lineamientos con base en los referentes teóricos definidos, luego la coordinadora local nos lee los lineamientos pero los que se supone debemos hacerlos operativos quedamos en las nubes porque en esos documento no se dice mucho sobre la forma de hacer las cosas, entonces cada quien empieza a trabajar según su propia interpretación y cuando se realizan las evaluaciones de lo realizado ahí es donde uno se da cuenta que cada quien lo hace de acuerdo a su interpretación y que por supuesto se generan muchas formas de hacer algo pero de manera desarticulada” (PS, 009, Caso 1).

No hay una verdadera concertación entre el sector salud y el sector educativo para definir los temas y los componentes del programa salud al colegio que deben ser trabajados durante el año escolar (Maestro, 014, Caso 3).

Las distancias teóricas y prácticas entre los dos sectores inciden negativamente en la participación, pues el significado que tiene la promoción de la salud para cada sector es diferente. En un mundo complejo como el que vivimos, no es posible una aproximación a la realidad de los individuos y de las comunidades de manera aislada; es mediante el trabajo colaborativo, la interdisciplinariedad y la multisectorialidad que se podrán abordar las problemáticas contemporáneas. Esto significa que el establecimiento de relaciones dialógicas en las que se vinculen

cosmovisiones, formas de conocer y de hacer, antes que perturbar, debe permitir mirar el mundo y la realidad desde una perspectiva enriquecida, alimentada por saberes compartidos que permitan la comprensión de lo que nos tocó vivir. El establecimiento de ese tipo de relaciones contempla implícitamente la participación activa de los sujetos, pues es en ellos donde residen esas visiones de mundo, los pensamientos, los conocimientos y las formas de hacer. Sin embargo, en las instituciones educativas existen unos bajos niveles de participación comunitaria que determinan una escasa posibilidad de participación no solo de los niños, sino también de los adultos.

Los actores sociales plantean que la *poca experiencia* desarrollada en el tema de la participación infantil provoca que ésta no sea asumida como un componente esencial de la humanidad de los niños, sino como un contenido temático dentro de las asignaturas de ciencias sociales que los niños empiezan a ver a partir de cuarto primaria:

No tenemos mucha experiencia en el tema de la participación infantil, hasta ahora estamos empezando a trabajar con eso y son los profesores del área de sociales quienes mejor manejan el tema. En cuarto de primaria empezamos a trabajar contenidos sobre ciudadanía, derechos y deberes, participación democrática y por eso es que desde este nivel los niños votan para elegir a su representante en el consejo directivo. Antes de este nivel no se trabaja ni en contenidos, ni en prácticas de participación y cuando los profesionales de salud al colegio vienen, esos encuentros son básicamente talleres relacionados con temas de salud, para que ellos vayan teniendo la información necesaria que les permita luego participar más activamente (Maestra, 005, Caso 1).

Sabemos de la importancia de la participación infantil en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en mi caso por ejemplo y según los lineamientos que orientan mi trabajo, yo me tengo que enfocar en la meta distrital de sexualidad que señala que se deben erradicar los embarazos de niñas de

entre 10 y 14 años de edad, y reducir los embarazos en un 20% en niñas de entre 15 y 19 años de edad. En esta meta la participación de las niñas es muy importante, pero también muy complicada porque los adolescentes no participan si el tema no los mueve en un cien por ciento, y a veces a uno le toca rebuscar estrategias y mecanismos para que ellos hagan parte de este problema y así podamos trabajar conjuntamente” (PS, 008, Caso 1).

Como se ha dicho en este trabajo investigativo, la participación está contemplada como derecho en la legislación colombiana y aunque, desde la perspectiva foucaultiana, este ordenamiento jurídico no es correlativo al poder disciplinario, sí corresponde a mecanismos del poder soberano (Foucault, 2010) que intentan atrapar el discurso de la participación para ejercer control sobre ella. Con la Ley 115 de 1994 por la cual se expide la Ley General de Educación, se plantea, a través de los artículos 5 y 12, que uno de los fines de la educación es “la formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación” (Colombia, Ley 115, p. 2) y que “la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre” (Colombia, Ley 115, p. 2) son imperativos educativos. En consecuencia, esta Ley establece en su artículo 142 la conformación del gobierno escolar (Colombia, Ley 115, p. 29) que tiene como propósito el desarrollo de una vida democrática en el ámbito escolar a través de la cual los diferentes sectores de este ámbito tengan la posibilidad de participar activamente en la toma de decisiones. Estos mandatos jurídicos relacionados con el derecho a la participación infantil, no operan en las instituciones educativas, son abordados como contenidos teóricos en las asignaturas que se relacionan con el tema.

En la sede de bachillerato los jóvenes tal vez tienen más opciones para participar y aunque lo del gobierno escolar está aquí montado, yo no he visto que en el colegio se trabaje fuerte para potenciar la participación infantil. En primaria con

los niños de cuarto y quinto los profesores de sociales en sus clases empiezan a trabajar conceptos como democracia, ciudadanía, gobierno, etc. pero ya la conformación del gobierno escolar, la elección del personero, se hace por cumplir una norma pero no es un proyecto fuerte o transversal tal vez porque le falta impulso desde la misma dirección del colegio (Maestro, 057, Caso 1).

Los bajos niveles de participación infantil, la baja experiencia de la comunidad educativa en el tema y el desinterés por potenciar los procesos participativos ocasionan que todas aquellas manifestaciones naturales que tienen los niños y niñas para participar, pasen inadvertidas a los ojos de los adultos y se pierdan oportunidades valiosas para iniciar, continuar, consolidar y madurar los procesos participativos. Y aunque desde los niveles centrales se asegura que los niños y niñas tienen todos los mecanismos necesarios para participar, la realidad del contexto educativo muestra que existen múltiples y variados obstáculos dentro de los cuales la incapacidad de los adultos para reconocer e identificar las diferentes formas, grados y ritmos de participación infantil se constituye en otro potente factor que impide apoyar los procesos participativos:

Deberíamos tener una formación en participación infantil para entender que cualquier expresión que tengan los niños es un indicador consciente y posibilitador de procesos participativos. Esas expresiones de liderazgo que tienen los niños deberían ser leídas por el adulto como el insumo primario para participar. Y los niños expresan una cantidad de cosas y no nos damos cuenta que allí nos están dando elementos para hacer diagnósticos. Yo creo que los programas deberían estar condicionados a la presencia de los maestros porque esa es la forma en que los niños, pero también los maestros aprenden. Al comienzo los maestros no querían estar en las actividades con los profesionales pero la guereé y logré que ellos entendieran que nosotros somos los garantes de todo lo que suceda aquí en el colegio con los niños (Maestra, 016, Caso 2).

En la SISD dirían que los niños tienen todos los mecanismos para participar pero no es cierto, no existen ni espacios, ni tiempos, ni personal que se dedique a eso. Y si yo estoy equivocado que me digan donde están esos mecanismos para ponerlos a marchar [...] nos hace falta mucho, los niños no se pueden apropiarse de las cosas porque no tienen cómo, deberíamos empezar por reconocerlos y crear los instrumentos necesarios para ayudarlos a apropiarse de las cosas, a nosotros nos dan los temas, las fichas metodológicas que no tienen nada para la participación de los niños. La participación funciona como una oficina en el hospital, es una oficina de quejas y reclamos (PS, 060, Caso 3).

Los profesionales sabemos que los niños deben participar en los asuntos que les afecta su salud pero uno encuentra que no todos los niños participan de la misma manera porque no todos han tenido la posibilidad de hacerlo en sus casas porque ese derecho se les ha negado, pero hay otros niños que han tenido experiencias de participación y con ellos debemos potencializar ese derecho, pero también creemos que esos ejercicios de participación deben ser conjuntos, es decir, niños con habilidades junto a niños con pocas habilidades para participar porque hemos visto que unos jalonan a los otros (PS, 060, Caso 3).

En las narrativas, los maestros expresan su conocimiento por la Ley 115 y en consecuencia su conocimiento sobre la exigencia que esta Ley hace en relación con la obligación que las instituciones educativas tienen para promocionar las acciones democráticas de sus miembros. Sin embargo, los temas de democracia, participación y ciudadanía son tratados por los maestros como contenidos temáticos que son transferidos a los niños y niñas a través de las asignaturas de ciencias sociales. No se consideran otros tipos de metodologías que le den significado a la participación de los niños, a pesar de que la literatura sostiene que la mejor forma de aprender a participar es a partir de la creación de experiencias de participación en las que se produzcan la apropiación de significados y las relaciones de sentido.

Adicionalmente a la Ley 115, el Código de la Infancia y la Adolescencia, la Constitución Política de Colombia y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, se constituyen en el marco jurídico y referencial para la construcción de los documentos que orientan el programa SAC. Como lo describí en el capítulo cuatro de esta investigación, la participación comunitaria, el desarrollo de la autonomía, la gestión social integral, el desarrollo de conductas y hábitos saludables son algunos de los elementos teóricos centrales en los documentos que soportan el programa salud al colegio. Sin embargo, el tema de la participación infantil no es explícito y así lo perciben los actores sociales quienes consideran que este tema *no es abordado en los documentos*.

El ejercicio del poder soberano requiere la desaparición de los sujetos pensantes y en acción, en su lugar, pretende la configuración de sujetos controlados, disciplinados, contenidos en un mundo cuyos caminos estén trazados, sujetos que actúen conforme un recetario, que esperen y acaten indicaciones. En este marco, el silencio de los documentos con relación a la participación infantil tiene sus propias intencionalidades, pues los sujetos que trabajan por la infancia pueden esperar pasivamente a que les lleguen las instrucciones para iniciar, promover y sostener procesos participativos con los niños y niñas, al no encontrarlas explícitamente en los lineamientos no asumen la importancia que tiene la construcción de estrategias, mecanismos, ni son capaces de reconocer los niveles y las diferentes formas de participación infantil. Y aunque en los documentos se plantean temas relacionados con la participación infantil como la autonomía, el consenso, el empoderamiento de la comunidad educativa en la promoción de la salud, los actores sociales necesitan explícitamente que se asuma el tema de la participación infantil en los documentos que dan forma a los lineamientos del programa:

La participación es un discurso porque no se hace medición, organización ni seguimiento y tampoco se generan acciones de acuerdo al momento cognitivo del niño, faltan planeación, motivación, recursos, integración y articulación. Sin

procesos participativos es más profunda la afectación de la salud, del comportamiento, del estilo y proyecto de vida del niño” (PS, 020, Caso 3).

Los lineamientos contruidos desde las SED y SDS deberían ser claros en el tema de la participación infantil. Por ejemplo, deberían orientar de manera específica la forma en que deben hacerse los diagnósticos de salud con la comunidad y particularmente recogiendo de manera facultativa con los niños para luego recoger y con ese material construir los lineamientos, pero eso no lo hace el hospital. Si existiera el interés de hacer algo más profundo y certero en relación con la participación infantil, los lineamientos del programa deberían orientar la forma como se debería estar recogiendo las percepciones de los niños para que de verdad se construya desde la base social que es el lugar donde se viven las necesidades (Maestra, 016, Caso 2).

La preocupación por la participación de los niños debería estar a nivel central, pero para nuestro caso, las secretarías comprometidas con el programa salud al colegio niegan la posibilidad de realizar procesos participativos. Es vergonzoso que no se tenga en cuenta a la base social, que se impongan de manera autoritaria los programas, que esas entidades que ya deben saber que un proyecto de transformación cultural en salud de largo plazo tiene unos requerimientos que por ahora no son satisfechos. No está el interés porque lo que importa es hacer cualquier cosa para inflar unas estadísticas que respaldarán más adelante la solicitud de financiamiento para otros programas (Maestra, 016, Caso 2).

De otra parte, los profesionales consideran que los lineamientos planteados en estos documentos orientadores del programa, resultan *incomprensibles* a la hora de intentar hacerlos operativos en el campo de trabajo. Los temas relacionados con la participación infantil son solo conceptos que *no logran impactar la realidad* de los niños y niñas en los colegios públicos. En suma, la demanda de instrucciones claras sobre la forma de promocionar la participación infantil, se constituye en la evidencia de que los sujetos se han encasillado en modelos disciplinarios que

limitan sus potencialidades al momento de hacer propuestas novedosas para el cambio social:

Se supone que a nivel central hay un equipo de profesionales que desarrollan los lineamientos para cada intervención y que ese equipo está bajo el mando de un coordinador quien es el que apoya ese trabajo, pero lamentablemente, quienes trabajamos con los niños en los colegios recibimos unos lineamientos que a veces son intraducibles, porque uno encuentra que la parte teórica es una fiel copia de los documentos teóricos sobre el tema de promoción de la calidad de vida y de la salud, pero cuando tratan de construir lo operativo, se quedan muy cortos, y eso que cada componente tiene a un profesional experto en el área, por ejemplo el componente nutricional tiene a una nutricionista haciendo el documento, en salud oral está un odontólogo, en educación sexual y reproductiva está una enfermera especializada en el tema (PS, 009, Caso 1).

Aunque no es la regla, en el grupo de profesionales existen sujetos con nuevas formas de pensamiento que los obliga a resistirse y transgredir formas teóricas habituales de pensar. Son actores sociales que se preguntan por la realidad, que conviven con las necesidades de la gente, que construyen su pensamiento para ampliar su subjetividad y a partir de ella transformar hacia realidades posibles. En los tres casos se cuenta con profesionales dispuestos a tener un mayor dominio sobre los elementos teóricos y conceptuales que soportan el programa SAC, sin que ello derive en un encarcelamiento de la forma de pensar. Esta actitud frente a la participación infantil, se traduce en la superación de algunos obstáculos que cotidianamente deben encarar. Frente a los lineamientos del programa por ejemplo, este grupo de profesionales asegura que aunque son tenidos en cuenta, en tanto son una referencia obligada, no los consideran definitivos a la hora de realizar el trabajo de campo. Por el contrario, los indicadores del programa sí resultan de gran importancia en la medida en que ellos permiten identificar el alcance del trabajo realizado y en consecuencia tomar los correctivos si fuera el caso:

He tenido que construir mis lineamientos porque por ejemplo dejé de lado lo de medio ambiente y me metí con el problema de pediculosis que es muy grave en esta población de niños. Nos toca ir más allá del lineamiento que nos mandan porque a nivel central los piojos no existen y los niños en su cotidianidad viven infestados. Si el referente central no se unta de realidad social va a ser muy difícil reconocer procesos como los de participación. Ellos allá hacen los lineamientos sentados en su escritorio, para toda la ciudad, desconociendo que la población tiene necesidades diferentes, que no es lo mismo la población de Bosa que la de Usaquén (PS, 063, Caso 2).

Nosotros no utilizamos una línea de base para arrancar con nuestro trabajo, tampoco conocemos indicadores que nos muestren cómo se ha desarrollado el programa, a nosotros nos piden diligenciar unas fichas que básicamente lo que muestran es la cobertura que hemos tenido, no nos piden indicadores de proceso o de resultados y eso muestra que como otros temas, el tema de la participación infantil no tiene importancia para el nivel central, así como tampoco si hemos reducido los niveles de agresión, si estamos disminuyendo el *bullying*, etc. (PS, 060, Caso 3).

Desde la SDS se planteaban los temas y la forma de trabajar y en el colegio nos tenían que aceptar lo que les llevábamos, pero siempre notábamos malestar en los colegios porque ellos nos pedían temáticas que respondieran a los problemas que la comunidad vivía, pero en la secretaría se insistía en salud sexual, salud oral y medio ambiente y nosotros hemos quedado en medio de los deseos de unos y otros, finalmente hemos decidido llevar más temas, los que nos exigen y lo que nos piden y sacamos de la manga el que más convenga en el momento del trabajo de campo (PS, 063, Caso 3).

Así mismo, los profesionales señalan que *los lineamientos son contruidos con demasiada lentitud* por parte del equipo de personas encargadas en el nivel central; en consecuencia *son entregados tardíamente* al equipo profesional que

trabaja en campo, lo que altera la integración e incorporación de los componentes del programa en las dinámicas pedagógicas del colegio.

Así pues, los profesionales se han apartado en numerosas ocasiones de las directrices de estos documentos, no solo porque no están disponibles en el momento en que son requeridos, sino porque no consideran algunas problemáticas que la comunidad educativa ha identificado como prioritarias para ser atendidas. En efecto, los lineamientos no proponen acciones para algunos trastornos de la alimentación que resultan frecuentes en los niños, niñas y adolescentes. Y aunque se ofrece un programa nutricional en las instituciones educativas, éste se dirige a proveer los alimentos y micronutrientes necesarios para suplir las deficiencias nutricionales comunes en este grupo poblacional que deja de lado la atención de situaciones relacionadas con la obesidad, la anorexia o la bulimia.

Tenemos un problema que está encubierto pero que sabemos que está ahí, si tú miras los lineamientos, no encuentras absolutamente nada relacionado con los trastornos alimenticios y en este momento es una necesidad sentida por la comunidad. En ese sentido creo que los lineamientos se quedan cortos porque no abordan problemáticas que podríamos pensar como nuevas, pero aún así nosotros lo abordamos aunque nuestra evaluación se haga con base en el cumplimiento de las fichas técnicas derivadas de los lineamientos (PS, 009, Caso 1).

El trabajo de los profesionales del programa se demora mucho porque hasta que no les hacen contrato, hasta que los referentes centrales no hacen los lineamientos, hasta que el coordinador del hospital entiende el lineamiento y lo intenta aterrizar para cada uno de los profesionales que están en el campo, entonces desde la Secretaría no se promueve la intervención de los niños en los programas, ellos son objetos de aprendizaje a través de talleres. El trabajo viene desde la Secretaría y es desde allí desde donde se debería tener claro que para potenciar la participación de los niños es absolutamente necesario que los diagnósticos de salud deben ser recuperados desde la base con los niños (Maestra, 016, Caso 2).

Y es desde esta perspectiva de provisión que se han abordado y se siguen abordando muchas de las problemáticas de salud infantil en las que deben ser consideradas otras propuestas más amplias, que vinculen la participación de los niños como elemento central en la construcción de alternativas que permitan mantener y potenciar la salud como mecanismo de desarrollo social.

Con relación a los componentes del programa, los profesionales y maestros sostienen que éstos funcionan como elementos *desarticulados* porque, aunque todos provienen de un mismo programa que plantea como estrategia las respuestas integrales²⁷, sus componentes, sub-componentes y líneas de acción se encuentran separados en la experiencia práctica. En efecto, cada referente local trabaja de acuerdo con los lineamientos del programa, pues con base en ellos conviene con el gestor local el cronograma de los desplazamientos a los diferentes colegios y el paquete de actividades que, desde su perspectiva disciplinar, requiere ejecutar para promocionar la salud y prevenir la enfermedad. En la ejecución de estas acciones no existe interacción con otros miembros del equipo, a pesar de la exigencia de responder integralmente. Son escasos los ejercicios en los que, para tener en cuenta estas respuestas, los diferentes profesionales se desplazan como equipo para asumir de una manera interdisciplinar un determinado tema. En estas oportunidades en las que se realizan desplazamientos conjuntos, cada profesional desarrolla su temática con los niños, niñas y maestros, pero no hay una construcción transdisciplinar:

Yo intento meter el tema de nutrición saludable en las clases de ciencias y matemáticas, pero no es fácil porque nosotras montamos nuestras asignaturas a comienzos de año, antes de que los niños ingresen y el material escrito que nos comparten los profesionales nos llegan muy tarde y por eso a veces no se puede

²⁷ Uno de los propósitos planteados por el programa Salud al Colegio es “evitar la fragmentación de las respuestas y el paralelismo con el proyecto educativo institucional, evitación educativa y de los resultados en mejoramiento de condiciones de vida” (Secretaría de Educación/Secretaría de Salud, 2007, p. 6).

incluir, uno intenta meter cositas pero no se pueden dejar de lado los contenidos que nos proponen y proponemos como sector de educación (Maestra, 013, Caso 2).

Se conforman grupos multidisciplinarios que con un enfoque de promoción y prevención van a los territorios para dar solución a las problemáticas de salud. Los profesionales tampoco han entendido que el trabajo no se puede quedar en una visión unidisciplinar porque cuando una nutricionista va a hablar de la alimentación saludable ahí hay factores psicosociales que deben ser abordados por la psicóloga, por el sociólogo, por el ambientalista. Cada profesional debe aportar desde su saber para promocionar la salud y la calidad de vida, todos debemos aportar para trabajar en equipo y trabajar en equipo no es reunirse y decir qué va a hacer cada quien, sino que todos aportando desde nuestro conocimiento construimos algo nuevo, acciones novedosas, es trascender la disciplina y eso lo logré con mi equipo anterior y se veían cambios pero la movilidad de los trabajadores, afecta mucho porque toca empezar de nuevo los procesos, siempre hay que comenzar de nuevo en este trabajo... (PS, 061, Caso 3).

De igual manera, los componentes, sub-componentes y líneas de acción derivados de los lineamientos, no se encuentran articulados al plan curricular del colegio. Esta desintegración impide alcanzar los objetivos propuestos cuando de lo que se trata es de generar sinergias. En ese sentido, la participación infantil como proceso no es el resultado del anclaje que se debe lograr entre los componentes y líneas de acción del programa con el PEI y con el plan curricular.

Los componentes del programa salud al colegio que son la salud mental, los estilos de vida saludables y las necesidades educativas especiales no se encuentran insertos en la estructura curricular del colegio sino que funcionan de manera aislada, casi como proyectos de apoyo pero no como proyectos transversales. Hoy estamos trabajando con temáticas que incluyen discapacidad, salud mental, salud sexual, salud oral, alimentación saludable, salud visual, actividad física y medio ambiente, pero en esos temas cada referente monta sus actividades para trabajar con los niños

en los espacios y tiempos que sobran de las actividades pedagógicas, o a veces cuando por el cronograma sabemos que los profesionales vienen, quitamos de nuestras actividades y se les cede el tiempo y el espacio. Pero me parece que no debería ser así, que deberíamos manejarlo inmerso en el currículo porque así no nos peleamos los tiempos y los espacios y podríamos en conjunto promocionar la participación de los niños en esas temáticas de salud (PS, 009, Caso 1).

El año pasado hacíamos reuniones por componente, es decir, salud mental hacía su reunión mensual, nutrición hacía su reunión mensual, pero como se propuso el trabajo por respuestas integradoras pues ahora las reuniones son integradas y todos vamos a las mismas reuniones y nos dan la misma información, sin embargo este proceso no se ha dado muy bien porque solo nos hemos reunidos dos veces nada más y seguimos trabajando separadamente [...] (PS, 009, Caso 1).

Las acciones que realizamos son positivas pero como no tenemos indicadores de impacto sino de gestión y cobertura no sabemos cómo vamos. Es claro que nuestras actividades no tienen continuidad centrada sino masiva y estas acciones son tomadas desde las directivas del colegio como actividades de un periodo que se manejan como acciones muy puntuales, en tiempos cedidos, no están articuladas. Para lograr una verdadera participación de los niños y mejorar el programa creo necesario planear el proceso desde sus inicios con las directivas, los padres de familia y los niños; crear oportunidades de diálogo para definir necesidades, temas y actividades; visionar el proceso a futuro; incluir algunos recursos novedosos y motivadores; realizar actividades fuera del colegio; determinar indicadores de eficiencia, efectividad e impacto; determinar con exactitud el grupo focal de niños que se mantenga y multiplique la información; crear el grupo de salud al colegio con participación de niños, padres, profesores, profesionales; evaluar de forma periódica las acciones; crear alianzas estratégicas (PS, 020, Caso 3).

El sub-componente mejor valorado por la comunidad educativa es el de salud oral, no solo porque en él se asumen acciones de promoción y prevención, sino porque los odontólogos e higienistas orales están en contacto directo con cada niño y niña para controlar el proceso de cepillado, aplicar la sustancia reveladora de caries y para captar a quienes requieran atención institucional, pero sobre todo porque las maestras han sido vinculadas a las actividades que ellas valoran como importantes.

El programa que mejor se ha desarrollado es el de odontología porque cada niño cuenta con su kit de aseo oral en el colegio, nosotras las maestras seguimos con la práctica del cepillado de los dientes siempre que los niños terminan el refrigerio, los niños participan con gusto en la aplicación del flúor, en la aplicación de la placa reveladora, en el cepillado, y los profesionales cuando vienen hacen la revisión de los dientes de los niños para valorar la forma en que se está haciendo. Creo que el trabajo tiene que ser más personal como en odontología para que los otros componentes funcionen y se vea el impacto. El programa de drogadicción por ejemplo, solo se maneja con los muchachos de bachillerato porque el problema está allá, pero se debería trabajar el tema con los más pequeños y no se hace, y se supone que promoción de la salud es ayudar a desarrollar habilidades y prevenir, pero hacer promoción en un grupo de jóvenes que ya están metidos en el problema como que no tiene sentido porque ahí ya no cabe la promoción, lo que se necesita es el tratamiento. El programa de maltrato casi no se maneja y esta población es muy vulnerable, de mi curso se han identificado tres casos porque los mismos niños lo denuncian, los hemos reportado y se remitieron. Pero lo más triste de esto es que cuando hablamos con los niños de abuso sexual muchos nos dicen ay! a mí me está pasando eso en mi casa pero yo no sabía que eso era abuso sexual...si tuviéramos más en cuenta lo que dicen los niños y ellos participaran más podríamos tener herramientas para situaciones que les está afectando su salud física y mental (Maestra, 005, Caso 1).

En la mayoría de los programas los niños participan pero no desde una perspectiva del empoderamiento, es una participación programada por cada uno de los profesionales, a veces se hacen charlas y al final el profesional motiva la participación haciendo preguntas para evaluar lo que quedó en los niños, otras veces los niños participan pintando, escribiendo, cantando, montando obras de teatro pero siempre dentro del marco establecido por el profesional, es una participación controlada (Maestra, 002, Caso 1).

De igual manera, la participación infantil se ve afectada porque *no se cuenta con los tiempos suficientes, ni con los espacios adecuados* que permitan desarrollar programas y proyectos sostenidos. La falta de concertación entre las partes comprometidas, la desarticulación de los componentes entre sí y del programa en general con el PEI y el plan curricular, inciden negativamente para que los espacios y tiempos sean acordados con anticipación:

A veces no nos dejan entrar a los colegios y si entramos no nos dan los tiempos y los espacios necesarios para hacer el trabajo. Aunque nunca estuve de acuerdo con que los componentes de salud al colegio fueran una asignatura más en el currículo, hoy creo que es necesario porque por lo menos contaríamos con una hora fija para ejecutar nuestras acciones (PS, 008, Caso 1).

De igual manera, los profesionales cuentan con muy poco tiempo y el que tienen lo invierten en hacer la charla o el taller, en identificar casos y remitir, pero no queda más tiempo para iniciar procesos diferentes como la participación en los asuntos de salud. Y qué decir de los espacios, como usted ve esta es una planta oscura, mal ventilada, húmeda, con mala acústica y pequeña para el número de niños que tenemos. A la hora de danza, recreo, educación física o los talleres de los doctores nos toca salir a la calle y hacer las actividades allá con el riesgo de que le pase algo a un niño o que los vecinos se aburran del ruido y la gritería, pero no tenemos nada más. Nada más como ejemplo lo de la acústica, toca gritar para ser escuchado y el grito se nos convierte en una agresión verbal para todos, se impacta

la salud mental de los profesores y de los niños, pero lo más grave es que los niños ya no responden si no es a los gritos (Maestra, 015, Caso 2).

Como dificultad para el trabajo de salud con los niños nosotros hemos identificado la falta de tiempos y espacios. En octubre por ejemplo, durante el receso escolar, quisimos trabajar con los docentes para explicarles el material desarrollado para realizar talleres de salud con ellos y para apoyarlos en la introducción de las temáticas de salud en sus clases pero fue imposible porque según nos decían los mismos profesores, ellos debían cumplir con una serie de actividades pedagógicas y administrativas que no podían dejar de lado (PS, 059, Caso 3).

Hacer operativo el programa SAC con sus componentes en el terreno de trabajo implica una serie de gastos que están representados en los desplazamientos de los profesionales, el uso de material didáctico para trabajar con los niños y niñas, papelería y fotocopias de registros y documentos propios del programa, etc. Sin embargo, es habitual la *falta de recursos económicos* para asumir las acciones centrales de cada uno de los componentes y sub-componentes. Los profesionales del programa no reciben apoyo económico para comprar el material requerido en sus actividades diarias. Bajo esta realidad de escasez de recursos, los profesionales cuestionan el flujo y manejo de los mismos de la siguiente manera:

Se supone que los dineros están pero nunca alcanzan, a veces no tenemos ni para los materiales básicos, muchos de nosotros hemos sacado de nuestro bolsillo para comprar los elementos que necesitamos en los talleres. Sacamos fotocopias, compramos marcadores, papel periódico, cartulina, pinceles, témperas, hacemos los títeres con lo que tengamos en casa, en fin, echamos mano de nuestro bolsillo que por cierto está más vacío que lleno. Trabajamos con las uñas, nos dan muy poco, pero nos exigen mucho y la comunidad espera todo de nosotros para resolver problemas graves de salud que son prevalentes en esta población: el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos en la adolescencia, los abusos y el maltrato

en los niños, el consumo de alcohol, el maltrato contra la mujer, la desestructuración familiar son solo algunos ejemplos (PS, 009, Caso 1).

Yo admiro lo que hacen los profesionales del hospital, muchas veces tienen que sacar de su bolsillo para comprar el material con el que van a trabajar: papel, marcadores, carteleras, muchas veces les toca comprar el papel para hacer las fichas que les tenemos que firmar y con las que justifican su trabajo (Maestra, 015, Caso 2).

Estamos atrasados en nuestras actividades y hasta ahora estamos haciendo la planeación, este año los lineamientos no nos permiten involucrarnos con el comité ambiental y por eso otras instituciones interesadas en el tema nos cogieron ventaja como la Universidad Nacional, la SISD. Los lineamientos nos quitaron mucha competencia y cuando fuimos a principios de marzo a los colegios, ellos ya tenían acuerdos con la otras instituciones y no nos dieron el espacio, lo que sabemos es que están muy contentos trabajando con la Universidad Nacional porque ellos parecen tener el recurso para programarles a los niños salidas a los humedales, a los parques, y a nosotros no nos dan ni un peso, solo nuestro trabajo en aula de clase. Si tuviéramos más recursos la participación de los niños se daría porque por ejemplo en este componente ambiental el personero del colegio, que es un niño de séptimo, nos propuso sembrar árboles, pintar el parque de la esquina, recoger los animales callejeros, pero si no tenemos ni para el papel, menos para comprar lo que nos piden (PS, 063, Caso 2).

A la escasez de recursos materiales se suma la *escasez de personal profesional* para atender las necesidades en salud de la población de niños y niñas escolarizados. El trabajo planteado desde el programa exige la presencia de un mayor número de profesionales para cubrir de manera adecuada las acciones propuestas por cada componente y sub-componente del programa. La baja disponibilidad de personal profesional, está relacionada con las precarias condiciones de trabajo de los profesionales, pues en la mayoría de los casos el

personal es contratado de manera temporal para iniciar labores hacia finales del primer trimestre del año. Los coordinadores y gestores locales son los que logran mayor estabilidad y permanencia en el programa debido a que su trabajo está relacionado con la gestión, planeación, organización y evaluación de las actividades en los colegios que les son asignados; no así es el caso de los profesionales que asumen como referentes locales, pues son ellos los que mayor movilidad laboral tienen.

El gestor local viene en febrero cuando iniciamos labores, él se reúne con el rector, los coordinadores, los orientadores y los respondientes de cada componente o sea con profesores del área relacionada con el componente. Los otros profesionales vienen hasta marzo porque muchos aún no están contratados y son muy pocos los que contratan. Por ejemplo, para la localidad hay un solo psiquiatra y cinco psicólogos como para 200 colegios y en cada colegio hay una problemática en salud mental muy grave, ellos no dan abasto, es demasiado trabajo el que tienen y no es posible con algunas visitas y algunos talleres hacer trabajos sostenidos y menos aún comprometer a los niños para que participen activamente porque para eso se necesita invertir tiempo. Y sin embargo mire usted cómo en la SDS y en la SED se anuncia el programa de Salud al Colegio con bombos y platillos... (Maestra, 057, Caso 1).

El programa SAC como tal es muy bueno pero tiene muchas fallas. Yo les decía el día de la evaluación que el programa estaba cojo porque tienen muy pocas personas y para una localidad como la de Suba que tiene tanta problemática con sus niños y jóvenes creo que se tienen que meter la mano al bolsillo para contratar más gente, para darles el material que necesitan y para cubrir todos los colegios porque o si no sigue siendo un trabajo de mucho esfuerzo pero con poco impacto (Maestra, 057, Caso 1).

Este año vinieron a finales de enero, se presentaron, presentaron cada componente, se eligieron los pares que íbamos a trabajar con cada referente, pero

luego, a lo largo del año, venían con otros temas no acordados, venían otras personas nuevas, nos dijeron que Salud al Colegio no iba a seguir [...] todo eso desmotiva porque no hay certezas, hay mucha movilidad de los profesionales, y si ustedes me preguntan hoy cómo está mi componente que es el de reciclaje yo con sinceridad tengo que decir que no sé nada, que desconozco lo que se está haciendo, que no sé cuál es la programación de actividades, que ellos vienen y dictan sus charlas pero ni los niños ni yo estamos involucrados (Maestra, 006, Caso 2).

Además del tipo de contratación, los profesionales perciben como mala la remuneración económica que reciben por su trabajo por cuanto ésta se encuentra entre 2 y 5 SMLV, aún si se cuenta con formación posgraduada. De igual manera califican su labor como excesiva y tensionante en tanto deben cumplir con largas jornadas de trabajo, recorrer zonas que consideran de alto riesgo para su integridad física y emocional, contar con escasos suministros, instrumentos e información necesaria, y soportar los malos tratos por parte del personal directivo y educativo de los colegios, así como por la comunidad con la que trabajan.

Los profesionales consideran además que los estudios de posgrado no les genera ningún tipo de beneficio adicional si se comparan con el personal que no los tienen, es decir, que los estudios avanzados no son garantía de una mejor posición o de un mayor salario. En ese sentido, las posibilidades para ascender en la escala profesional o para ocupar otro cargo de mayor jerarquía están relacionadas con la influencia y el amparo de otros miembros en mejor posición, que contar con una buena preparación profesional. Particularmente en el caso tres, existen profesionales con formación posgraduada en el exterior que los acredita como personal altamente calificado para el trabajo en el programa SAC, pero se encuentran asumiendo funciones básicas que podrían ser desempeñadas por personal con menor calificación y cualificación:

Nosotros tratamos de que los niños tengan alguna participación vinculándolos en la elaboración creativa de afiches para campañas, la promoción de

actividades de salud a través de la radio y el periódico escolar, la elaboración de talleres, actividades lúdicas, dinámicas, uso de piezas comunicativas, jornadas de juego, teatro, danza, títeres, mesas de trabajo, conversatorios, desarrollo de guías e integración de docentes y familias, todo esto para promover el autocuidado y el cuidado de la vida y de la salud de los otros. Tratamos de hacer una concertación previa sobre los temas que vamos a tratar y que en general tienen que ver con conceptos clave del cuidado, consecuencias negativas de la enfermedad y aspectos positivos de la salud de acuerdo a cada componente. La idea es que los niños conozcan sobre los hábitos de vida saludable y puedan acceder a los servicios de salud y que sean gestores de salud enseñándoles a otros niños y a los padres de familia (PS, 020, Caso 3).

Las condiciones que rodean el trabajo de los profesionales son señaladas como las causantes principales de la alta rotación del personal, la que por supuesto tiene un efecto negativo sobre la *continuidad y sostenibilidad de los componentes del programa* y sobre las acciones que se realizan como parte de ellos. En ese sentido, los profesionales prefieren no asumir actividades participativas con los niños y niñas porque saben que éstas requieren de un trabajo arduo, permanente y sostenido, que no están dispuestos a desarrollar mientras las condiciones laborales les sean adversas o por lo menos no gratificantes.

Los profesionales del programa tienen unos contratos definidos a tres, seis o nueve meses, muchos renuncian porque les sale algo mejor y por eso es que el trabajo no es continuado y puede que los programas sean buenos pero si no hay gente es muy difícil trabajarlos y sobre todo cuando lo que se busca es tener programas sostenibles en el tiempo, sobre todo los que tienen que ver con participación infantil (Maestra, 001, Caso 1).

Ella (la nutricionista) se fue porque le salió un trabajo mejor y como no les hacen contratos tan largos pues pueden moverse fácilmente para tratar de ubicarse lo mejor posible. Nosotras nos comunicábamos mucho por correo electrónico y ella

me enviaba material para que yo fuera leyendo y lo pudiera trabajar en mis clases. Por ejemplo, me gustó mucho lo del trencito de los alimentos porque me mandaba los talleres, cuentos, material visual y cuando lo apliqué con los niños a ellos les gustó y se motivaron mucho para organizar los alimentos en el trencito (Maestra, 013, Caso 2).

Los profesionales tratan de hacer el trabajo lo mejor que pueden pero no han podido venir, los estábamos esperando en septiembre pero no llegaron, estamos atrasados en actividades como seis meses. Deberían venir por lo menos una o dos veces al año para estimular a los niños y que ellos se apropien del cepillado de dientes, de la alimentación, para que cuando vengan los encuentren sin caries y de buen peso y talla (Maestra, 012, Caso 2).

Claro que a veces las actividades no se cumplen porque a veces se cruzan con obligaciones que tenemos con la SED, con la feria distrital pedagógica, con el foro distrital y nos toca cancelarles a los profesionales y sabemos que eso de alguna manera tiene que ver con la poca constancia que se tienen desde los programas (Maestra, 016, Caso 2).

En el caso de estudio tres, los maestros señalan que gracias al esfuerzo de los profesionales se logró conformar un grupo de niños, niñas y jóvenes quienes, por interés y motivación propia, asumieron como líderes en salud y asistieron a los encuentros a que eran convocados para tratar temas relacionados con la promoción de la salud escolar, desarrollar proyectos y actividades preventivas y promocionales, y establecer contacto con compañeros y compañeras del colegio que requerían mejorar sus situaciones particulares en las que la salud estuvo afectada. Desafortunadamente este proyecto no tuvo continuidad debido a que los profesionales de salud no contaban con el tiempo necesario para asistir con mayor regularidad al colegio, así como tampoco con los recursos necesarios para darle continuidad a esta iniciativa.

Nos gustaría que el programa estuviera más involucrado con todos sus componentes pero esto no será posible hasta que en la SDS hagan los nombramientos del personal que falta para que el programa y sus componentes tengan continuidad. Al colegio venían siete personas del equipo de salud pero sabemos que cada equipo tiene catorce colegios con sus respectivas sedes, a veces uno necesita un profesional y llama al hospital y le contestan: *no ya no trabaja aquí* [...] la gente se va, se aburre, ahorita por ejemplo no hemos empezado a trabajar en forma y ya vamos más de la mitad del año (Maestra, 011, Caso 3).

Dicho lo anterior, en el programa *no se genera un trabajo continuado*, no solo porque no existe una línea conductora que permita verificar avances, atender dificultades, monitorear procesos, sino porque la alta movilidad del personal altera el desarrollo y obliga al retroceso.

Se asume que el proyecto debe ser un continuo donde en cada una de las sesiones se recurre a la misma estructura y lo que fue compromiso en la etapa anterior se vuelve el insumo para la siguiente etapa sin que se pueda dejar de lado la canalización de los niños que tienen problemas de salud y derivarlos hacia una unidad del hospital en donde suponemos debemos encontrar la respuesta, pero todo ello bajo la articulación de una verdadera participación en la que no solo el niño sino quienes estamos involucrados con él aportemos en la solución de la problemática. Pero en resumidas cuentas yo creo que el equipo de profesionales promociona, diagnostica y canaliza cumpliendo con más del propósito que se tenía porque finalmente se define lo que el niño necesita y se direcciona el trabajo con los maestros, las directivas del colegio y la familia del niño y se diligencia la ficha civil que es la primera instancia en la que concretamos la solución al tema (Maestra, 016, Caso 2).

Desde el programa y sus componentes no están definidos los escenarios, ni se han especificado los tiempos para que la participación de los niños y niñas se produzca más allá del nivel básico, es decir, una participación infantil fuera del

dominio y control de los adultos. No existe un aprovechamiento de las fortalezas interinstitucionales y ejemplo de ello es la desarticulación entre los componentes conceptuales del paradigma de la promoción de la salud y la exigencia de la conformación del gobierno escolar como parte de la estrategia educativa para desarrollar competencias democráticas y de ciudadanía en los niños y niñas.

Necesitamos construir escenarios y definir parámetros relacionados con temáticas de interés e importantes como la alimentación, buen trato, cuidado de mi barrio, cuidado de mi casa, cuidado de mí mismo, cuidado de los demás (Maestro, 005, Caso 1).

Si la SDS quiere llevar el programa a los colegios debe buscar los tiempos y los espacios porque lo que están haciendo es traernos trabajo adicional que nos quita tiempo en lo académico y quienes se perjudican somos nosotras que no hacemos bien lo que nos toca y eso nos ha hecho perder credibilidad, los niños porque no ven lo que académicamente les corresponde al nivel y los padres que quedan descontentos porque los niños les dicen que no hicieron nada en el colegio. Por eso recibimos muchas quejas de los padres que nos dicen que ellos mandan a los niños a aprender matemáticas, ciencias, lenguaje y que no quieren que sus hijos pierdan el tiempo echándoles paja (GF-Maestros, Caso 1).

Las actividades planeadas desde los componentes del programa riñen con la cotidianidad educativa de los colegios en los que, además de los tiempos y espacios reducidos, se muestra la falta de acuerdos, la debilidad de los compromisos y la baja disposición del personal educativo para iniciar y continuar procesos que finalmente concluyan en la posibilidad de que los niños y niñas puedan participar en los asuntos relacionados con su salud. Las directivas de los colegios tienen la potestad de aceptar o rechazar el programa SAC, pues no todas las instituciones educativas lo incorporan como parte de sus proyectos institucionales. El ingreso que hace la SDS y sus hospitales de nivel primario con sus programas de salud, depende de la solicitud realizada por las directivas de los colegios ante la SED para incluir el

programa como proyecto transversal. Esta solicitud es evaluada con base en la justificación que esgrime el colegio para solicitar tal petición. En ese sentido, si la SDS y los profesionales que se desplazan a los colegios desean dar continuidad a las actividades de promoción y prevención, deberán estar sujetos a las directrices que se emiten desde el mismo colegio. En consecuencia, los profesionales atienden a las peticiones provenientes de dos extremos: por un lado, a la SDS que a través de sus lineamientos para el ámbito escolar normatiza lo que deben ser el programa y sus componentes en materia de promoción de la salud, y por el otro, a la institución educativa solicitante cuyos miembros se interesan más por las acciones asistenciales que por las promocionales.

Cuando nosotros les decimos en el colegio que necesitamos reunirnos con los papás nos responden que eso es muy difícil, les pedimos reunirnos con los maestros y nos responden que no se puede porque tienen obligaciones y no pueden dejar a los niños solos por atenderlos. Eso muestra que el programa no está en las dinámicas del colegio y que nuestro trabajo lo debemos hacer en huequitos de tiempo que quedan pero que no es muy frecuente, nos toca también buscar espacios desocupados y a veces no los hay y todo eso nos afecta el trabajo con los niños ... los espacios no se prestan y a veces los tiempos no son los más adecuados como para iniciar procesos sostenibles de participación infantil, los niños sí tienen experiencias de participación pero son muy pobres, no se dan como procesos y por ello no se puede desarrollar el empoderamiento porque para eso se necesita mayor inversión de tiempo. No solo necesitamos más profesionales sino menos colegios asignados para aumentar el tiempo con los que nos dejen, pero además se necesita que en los colegios no nos cancelen las actividades acordadas porque eso suele suceder con mucha frecuencia. A veces siento que el programa es la *cenicienta* de los programas porque nos cancelan con frecuencia así esté programada la visita (PS, 008, Caso 1).

En suma, la constancia, persistencia y continuidad de las acciones en salud derivadas de los diferentes componentes del programa SAC no están garantizadas, de

ahí la necesidad de asegurar ciertas capacidades institucionales que faciliten, apoyen y fomenten el trabajo del equipo humano con el que se cuenta. En efecto, es deseable por ejemplo no solo contar con recurso humano y financiero, sino también con mecanismos de control, monitoreo y rendimiento de cuentas que ayuden a consolidar los procesos iniciados.

Si la promoción de la salud es un asunto constante puede ser productiva, pero el trabajo de los profesionales lo siento como simples *pañitos de agua tibia* porque vienen una vez al mes, están el tiempo que dure el taller, trabajan una sola jornada y no cubren todos los colegios. Si queremos que los niños realmente hagan procesos, el trabajo debe ser continuado e intensivo, y si queremos lograr unos niveles adecuados de participación infantil es necesario el acompañamiento permanente por parte de los profesionales de salud. Pero además se necesita que se repitan muchas veces las cosas, hay que repetirles a los niños que se bañen el cuerpo, que hay que cuidar el cuerpo y no dejar que otros lo toquen, que no hay que consumir droga. Si los niños tienen la información y se les está repitiendo frecuentemente, se gana mucho terreno (Maestro, 005, Caso 1).

Como nos proponen trabajar en el nivel central, somos suficientes, porque no tendríamos que estar con todos los cursos, la indicación que se da desde ese nivel es que trabajemos solo con quince niños y que ellos sean multiplicadores de los temas de promoción de la salud con los otros niños, pero eso es imposible, para el colegio eso no es suficiente, nos dicen que todos los niños deben resultar beneficiados del programa y sus componentes y que si queremos seguir viniendo tenemos que trabajar con todos los cursos (PS, 008, Caso 1).

En terreno, al ser puestas en ejecución las actividades de cada componente, es recomendable realizar ejercicios repetidos y variados de lo que podrían ser las diferentes formas y expresiones de participación infantil. Desafortunadamente, *las estrategias educativas* utilizadas por los profesionales de la salud *no son las más adecuadas* para promocionar la participación de los niños y niñas porque no hay un

aprendizaje significativo. Mientras en el sub-componente de salud oral, los niños hacen la práctica del cepillado de dientes y sobre ella se realizan las correcciones y modificaciones de la técnica, en los otros sub-componentes, las estrategias no se alejan mucho de la exposición magistral sobre un tema, la comunicación unidireccional en la que el papel de los niños es escuchar con atención y recibir información básica relacionada con un aspecto de la salud. En este sentido, los maestros consideran que los profesionales del programa adolecen de capacidades pedagógicas que les impide utilizar herramientas y metodologías adecuadas para motivar la participación activa de los niños y niñas. Han identificado además el uso de metodologías y estrategias similares en los diferentes grupos de edad, lo que a la postre disminuye la posibilidad efectiva de los niños para participar en las actividades. Por su lado, los profesionales admiten que ellos no son capacitados en estrategias relacionadas con el manejo de grupos, el uso adecuado de herramientas educativas, la teoría de las pedagogías activas y/o significativas que les pueda ofrecer un marco enriquecido para desarrollar sus actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con los niños y niñas.

Para lograr que los niños y jóvenes participen debemos hacer uso de estrategias diferentes de acuerdo a la edad y por eso resulta tan complejo pensar la participación infantil en estos grupos. Nosotros hemos echado mano de la música, del Wii, del Xbox y ahora se me está ocurriendo que el parkour puede ser otra herramienta muy efectiva (PS, 060, Caso 3).

Los escasos ejercicios de participación infantil que se producen en el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son de nivel básico porque los niños y niñas, aunque son informados, realizan estos ejercicios bajo el control absoluto de los maestros y profesionales del programa, pues son ellos quienes dirigen la totalidad de las actividades sin consultar a los niños o permitirles proponer otro tipo de actividad.

A pesar de lo anterior, los maestros valoran el esfuerzo del equipo profesional y el intento por variar las estrategias utilizadas para lograr que los temas relacionados con la salud, se fijen en forma de conocimiento en los niños y niñas.

Ellos traen carteleras, juegos, hacen obras de teatro, les ayudan a los niños a elaborar escritos y anuncios relacionados con temáticas de salud, trabajan con títeres, canciones, bailes y todo eso motiva a los niños a participar, pero la maestra debe estar ahí presente porque o si no los niños se les salen de control. De hecho los niños valoran mucho el trabajo de los profesionales porque sienten que aprenden cosas nuevas y que es divertido estar en estas actividades. Para nosotras es de gran ayuda porque por mi edad yo ya no puedo hacer muchas cosas, me cuesta subir escaleras, ya no puedo jugar en educación física con los niños (Maestra, 013, Caso 2).

Las dinámicas, los talleres, los trabajos en grupo hacen que se vaya fortaleciendo en los muchachos el autoestima, el liderazgo, la posibilidad de socializar todo lo que han construido y para ellos es valioso que venga un agente externo y valore todo lo que han logrado. En el colegio hemos intentado que los maestros estén involucrados en las actividades de los profesionales del programa con los niños, aunque sabemos que en muchas ocasiones el trabajo no resulta exitoso porque los niños de hoy calibran al ser que llega a su salón y generalmente como el profesional no es docente, se la ganan (Maestra, 016, Caso 2).

La falta de habilidad pedagógica en el manejo de temáticas no apropiadas para la edad del niño. Por ejemplo en educación sexual tenemos a niños de 9 y 10 años y los profesionales vienen con temas de cómo se maneja un condón, la verdad creo que no es un tema para esa edad y lo que estamos haciendo es abrir puertas que todavía los niños no necesitan, sabemos que habrá que hablarles sobre el tema, pero este no es el momento indicado (Maestra, 006, Caso 2).

Este último grupo de profesionales ha sido cada vez más constante, pero lo que veo es que contratan gente casi recién egresada o que no tienen mucha experiencia en este campo y tal vez por eso los procesos no se dan, se estancan, uno los ve muy temerosos todavía cuando se enfrentan al grupo de niños y se aterran de la forma como nosotras los manejamos, a ellos todavía les falta ganar experiencia en este campo como para proponernos cosas nuevas. Ellos son psicólogos, enfermeras, terapeutas, nutricionistas pero no son pedagogos y por eso los niños se les salen de control y a nosotras nos toca dejar lo que estábamos haciendo para ir a apoyar a los de SAC (GF-Maestros, Caso 1).

En definitiva, los maestros consideran que con todas estas dificultades propias del programa, éste tiene un *alcance limitado* en tanto sus componentes y sub-componentes no logran afectar de manera positiva la salud de la comunidad educativa. Las estrategias promocionales se reducen a talleres sobre temas de salud en un ámbito en el que la mayoría de los niños y niñas ya tienen problemas de salud instaurados, los cuales no son resueltos porque el trabajo de los profesionales en este aspecto se reduce a la remisión del niño a la respectiva EPS a la que se encuentra afiliado:

En este colegio, el programa SAC es dirigido por la orientadora, entonces cuando los profesionales llegan, la orientadora los organiza y los manda para ver qué programas van a realizar con los niños o a veces la capacitación se queda solo en las docentes y no se trabaja con los niños. Bajo estas condiciones el programa no fluye, no tiene alcance, se queda corto para trabajar los problemas de salud de los niños, y más corto cuando de lo que se trata es de hacer participar a los niños. Esta idea de la participación infantil no se puede lograr porque los componentes del programa no llegan hasta allá, funcionan como pañitos de agua tibia porque no llegan al fondo de los problemas de los niños y eso lo vemos a diario (Maestra, 004, Caso 1).

Y aunque los profesionales realizan la remisión de los casos para iniciar el tratamiento de las patologías identificadas, *las EPS obstaculizan* los procesos asistenciales al colocar barreras a través de la negación de citas, al reducir el número de consultas médicas para patologías que requieren largos tratamientos, al mantener un número insuficiente de profesionales especializados para la atención, y al ofrecer horarios y fechas de atención que los padres, por sus compromisos laborales, no pueden cumplir:

Los muchachos de nuestra institución tienen serios problemas de consumo de psicoactivos, los profesionales vienen y hacen prevención pero no intervención que es lo que nos hace falta, necesitamos ubicar a los muchachos en clínicas donde podamos remitirlos para desintoxicarlos pero no hay, ninguna de las secretarías resuelve esta situación, las familias son las que se quedan con el problema porque las EPS no les responden y no reciben los muchachos, como mucho les dan tres citas con psicología y eso se lo gastan en el diagnóstico. A pesar que las familias cotizan no reciben los beneficios de esas empresas de salud y tienen que asumir estos problemas con la medicina privada que es bastante costosa y generalmente nunca la pueden pagar (Maestra, 055, Caso 1).

Para las familias con características sociales como las ya anotadas, resulta más provechoso estar asegurado al sistema de salud en calidad de subsidiado por el Estado, antes que estar asegurado como contribuyente al sistema. Los trabajadores dependientes o independientes que cotizan al sistema, no pueden ser atendidos por la red pública de salud porque son las EPS las que deben asegurar la prestación de los servicios de salud para estas personas y sus familias. No obstante, en la lógica de mercado en la que se vive, la salud es un bien que se compra y se vende, por lo tanto, para obtener grandes beneficios financieros, las EPS limitan la prestación de los servicios con la intención de “racionalizar” los costos derivados de la atención a la enfermedad.

Cuando un niño tiene EPS se nos dificulta la cosa porque ahí lo único que hacen los profesionales es remitirlo a la EPS para que resuelva, pero cuando los papás llevan a los niños, si es que los llevan porque muchas veces no, la EPS les demora las citas, o los demoran mucho y los papás no vuelven y nosotros seguimos con los muchachos aquí, enfermos. Cuando los niños son del Sisbén la cosa es mejor porque en el hospital nos resuelve el problema hasta donde puede (Maestro, 008, Caso 1).

Por otro lado, las EPS hacen caso omiso a las remisiones que los profesionales realizan, pues en la mayoría de los casos, los niños en condición de enfermedad no encuentran solución a sus problemas en estas entidades aunque exista un diagnóstico proferido por el profesional de salud del programa. En estos casos las EPS inician de nuevo el proceso de diagnóstico a través de las consultas con el médico general y restringen el acceso de los usuarios hacia los especialistas.

Vienen [los profesionales] identifican los casos, hacen el análisis de los mismos y resuelven en los componentes de salud oral y de agudeza visual, pero a la hora de resolver situaciones de salud mental se ven cortos porque los diagnostican, los remiten a la EPS y de ahí en adelante no volvemos a saber nada sobre la situación del niño, aunque en aula lo vemos igual y sí nos exigen llenar unas fichas para certificar que se hizo algo con los niños. Así nos pasó con una niña maltratada por la familia, los profesionales nos hicieron tomarle fotos, llevamos el caso a Bienestar y lo último que supimos fue que la familia se cambió de localidad y nunca supimos nada más (Maestra, 013, Caso 2).

Nosotros canalizamos a los niños y los enviamos a su EPS pero allá los niños no van al especialista, sino que se quedan en la consulta del médico general y eso cuando los padres del niño lo llevan, porque en la mayoría de los casos los niños no van a la EPS porque las citas son demoradas, hay que hacer cola para todo y les sale más barato ir a una droguería y solucionar parcialmente el problema del

niño, pero la patología continúa y el niño sigue asistiendo al colegio con todos sus problemas (PS, 064, Caso 2).

Los profesionales están haciendo las remisiones y es a través de Martica porque nosotras este año no nos hemos reunido con los profesionales de SAC, este año bajó muchísimo la participación de primaria en el programa, yo me limito a hacer remisiones y que si un niño se raspó le echo Isodine, una curita y ya. Los profesionales solo han venido dos veces este año y la nutricionista que estaba embarazada no volvió, seguro tuvo su bebé y no hubo quien la reemplazara. En cuarto y quinto teníamos dos niños por curso para que asistieran a los talleres de SAC, se les daba el tiempo y aprendían de primeros auxilios pero ahorita el programa está parado (Maestra, 014, Caso 3).

En el sistema de salud colombiano, las EPS están obligadas a prestar a sus usuarios un Plan Obligatorio de Salud (POS) que por el Acuerdo 029 de 2011 debe incluir un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones en salud, servicios hospitalarios y medicamentos para la atención de todos los ciudadanos. Dentro del conjunto de actividades están contempladas las acciones preventivas, promocionales y de recuperación de la salud. Sin embargo, las EPS utilizan todos los artificios posibles para reducir al máximo el uso del POS por parte de los usuarios.

Casi siempre nos quedamos cortos, a veces un muchacho que tiene una problemática avanzada en salud mental no puede acceder a su EPS porque el POS no contempla muchas acciones en este tipo de problemas. Cuando logran acceder les dan 3 ó 4 consultas con el psicólogo y con eso no se resuelve nada, se queda en el diagnóstico pero no se hace nada de tratamiento (PS, 059, Caso 3).

Nosotros estamos haciendo actividades de promoción en salud oral, salud sexual, nutrición, actividad física, ambiente, salud visual, salud mental, también identificamos casos y remitimos pero cuando necesitamos la atención el mismo sistema de salud al que pertenecemos nos bloquea porque si el niño tiene Coomeva,

en el hospital no se atiende, pero si tiene Salud Cóndor, si se atiende, pero si vamos para un servicio de planificación familiar, no nos autorizan la consulta, y si se va por consulta de psicología, solo dan dos citas, en fin [...] el sistema no es equitativo y no es posible una cobertura total para nuestra población de niños, maestros, padres de familia. La promoción se limita a intentar desarrollar habilidades para la vida porque no se puede contar con los servicios de promoción y prevención de las instituciones, eso desanima porque nuestro trabajo se ve afectado y la participación de los niños en los temas de salud está sujeta al sistema de salud (PS, 063, Caso 2).

Los problemas de salud que mayor carga tienen en los niños escolares, son las alteraciones mentales que tienen sus raíces en las condiciones de vida violentas, así como en el consumo de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco, e ilícitas como la marihuana, el bazuco, la cocaína, la heroína, las sustancias sintéticas como el éxtasis o la inhalación de popper. Estos problemas se constituyen en el principal flagelo que azota a las instituciones educativas de estos sectores sociales. Se puede comprender entonces por qué una fracción de maestros mira con recelo el tema de la participación infantil, pues en su experiencia, han vivido lo que podríamos llamar la participación desviada, es decir, esa forma de actuación grupal de niños, niñas y adolescentes en asuntos con impacto social negativo como el vandalismo, el hurto, el atraco, las riñas, el tráfico de drogas, etc. que tienen origen en los problemas de salud mental:

El consumo de sustancias psicoactivas se nos ha disparado de una manera terrible en estos dos últimos años porque aquí no teníamos ese problema, los jíbaros empezaron a entrar al colegio como estudiantes porque aquí tenemos expendedores y consumidores, no podemos tapar el sol con un dedo, esa es nuestra realidad, eso era lo que yo les decía en la evaluación a los de SAC, que deberían hacer intervenciones, no nos sirve el trabajo promocional, necesitamos terapias, necesitamos una cura para este mal que se está consumiendo a nuestros muchachos. Y si usted me lo pregunta, las drogas los está llevando a que participen, pero de una manera desviada, que no es buena, porque se vuelven líderes expendedores,

traficantes, ladrones, violadores, asesinos [...]. Le digo que cuando vienen investigadores a hacer sus trabajos aquí, se van con ideas que no son, creen que los niños y jóvenes participan, que se está viviendo en los colegios unos ambientes más democráticos, pero no, aquí no, tenemos problemas muy graves y es importante que usted los muestre para que dejemos de vivir en fantasías (Maestra, 056, Caso 1).

En consecuencia, el programa SAC y sus componentes no están diseñados para manejar las problemáticas de salud en las que actualmente se encuentran los niños y niñas de estas instituciones educativas públicas. Su enfoque promocional está permanentemente colisionando con los problemas de salud ya instaurados, así lo plantea en su narrativa una profesional:

Yo creo que los problemas de salud que encontramos desbordan el programa SAC y sus componentes. Las metas propuestas están por fuera de la realidad, porque nosotros hacemos muy poco para lo que encontramos, no podemos trabajar con uno o dos niños y hacer de ellos promotores de salud como quiere el coordinador de la SDS, porque cuando llegamos encontramos que casi todos los niños tienen ya problemas de salud y ahí el trabajo en promoción se desvirtúa, las directivas y los docentes quieren soluciones, quieren asistencia. Claro que a veces las docentes exageran, yo soy psicóloga y cuando voy a un salón, la docente me dice que todos los niños que ella tiene encuadran en discapacidad, ella confunde discapacidad con necesidades transitorias. Yo sé que hay muchas problemáticas pero de ahí a que todos los niños resulten autistas hay mucha distancia. Hay algunas profesoras para las que sus niños son discapacitados y qué pesar si piensan así de los niños, porque ahí cómo pueden trabajar procesos participativos? (PS, 009, Caso 1).

Y aunque los profesionales del programa son conscientes de la magnitud de los problemas de salud de la población de niños y niñas, consideran que los maestros en su mayoría hacen diagnósticos incorrectos de la situación particular de cada niño o niña. Aunque los niños estén expresando permanentemente su

necesidad y deseo de participar, los maestros hacen otra lectura al considerar que esos niños y niñas son hiperactivos, indisciplinados, o con desordenes afectivos e imparten disciplina para evitar comportamientos que desborden su capacidad controladora.

Lo que pasa es que la mayoría de los docentes son mayores de edad y están como cuando a ellos los criaron, ellos piensan en imponer las cosas, no en establecer relaciones más horizontales con los niños. Lo que ellos piensan y consideran es lo que creen que le conviene al niño y que ante eso el niño no tiene derecho a decir nada porque lo que el docente dice es lo mejor para él. Yo creo que todavía en los colegios hay mucho abuso de poder y de autoridad sobre los niños. Además, yo creo que los niños hablan otros lenguajes que las profesoras no, por ejemplo los géneros de música que a los niños les gusta a las profesoras les parece horribles, los asocian con el consumo de droga y se niegan rotundamente a trabajar con estos nuevos lenguajes para que los niños se vinculen a sus procesos de salud y enfermedad (PS, 008, Caso 1).

En resumen, son múltiples y variados los inconvenientes que en el contexto institucional se presentan para que en las acciones de promoción de la salud, los niños y las niñas puedan participar. La ausencia de un verdadero trabajo intersectorial, los errores en la elaboración y entrega de los lineamientos, la desarticulación al interior del mismo programa, la escasez de recurso humano y económico, y los obstáculos de las EPS para garantizar el derecho a la salud son situaciones que afectan de manera directa la participación de los niños y niñas. Y aunque las experiencias de participación infantil nos han mostrado que la consecución de este derecho no depende de la alineación de todos estos factores, en las condiciones en las que viven estos niños y niñas, la confluencia de estos factores afecta negativamente las posibilidades para exigir este derecho.

6.3 El contexto social de los niños y niñas

Los contextos familiares y sociales en los que han nacido y crecido los niños y niñas de la investigación, están caracterizados por la pobreza, la desintegración familiar, la exclusión social y la violencia que imprimen en los niños algunas debilidades individuales y sociales para establecer relaciones efectivas con los otros. Son entornos que suelen abrigar relaciones conflictivas en las que prevalecen el abuso del poder y diferentes formas de disciplinamiento que vehiculan al mismo tiempo, prácticas y subjetividades sobre la infancia que revelan grandes contradicciones. Aunque prevalece el concepto de los niños como sujetos en formación, crecimiento y proceso de aprendizaje, suelen ligarse a este concepto ideas relacionadas con la pureza, angelicalidad y fantasía que en conjunto les resta capacidad para asumir la realidad en la que viven y que refuerzan de alguna forma el concepto moderno prevalente. Sin embargo, los contextos de vida de estas comunidades obligan a los padres a mirar a los niños como congéneres pequeños, sujetos que están en la capacidad de asumir responsabilidades que el mundo moderno delegó en los adultos. En efecto, están imbricadas ideas y prácticas sobre la niñez que resultan contrarias, pues por un lado, aparece el concepto moderno de niñez, pero por el otro, surge el concepto que caracterizó a la edad media al considerar a los niños como adultos pequeños. Los actores sociales de la investigación se refieren a los contextos familiares y sociales de los niños y niñas a través de las narrativas de la siguiente forma:

Nuestros niños viven en ambientes difíciles, ambientes de disociación total de la familia, a veces los niños viven sin sus padres, viven con padrastros o madrastras, con los abuelos, en ambientes carenciales, donde no hay para comprar nada, no tienen cepillo de dientes en su casa o lo tienen que compartir con los demás miembros de la familia, viven con padres que se emborrachan, que los golpean a ellos y a sus madres, niños en contacto con grupos de la calle violentos, con barras bravas, niños abandonados o que permanecen solos la mayor parte del tiempo mientras los papás están en el rebusque, niños no guiados por normas y

valores, con alta permisividad en ausencia de los padres y golpes y humillaciones en presencia de ellos, niños que crecen con la televisión y sus programas aberrantes, sin alimentación adecuada no solo porque no existe con qué compararla sino porque los padres prefieren ofrecer alimentos que antes que nutrir, sacien el hambre (Maestros, GF, Caso 2).

Creo que el colegio está totalmente aislado de la realidad de los niños y por tanto los programas que aquí se ofrecen están al margen de su realidad. Las familias de los niños están desvinculadas del colegio y lo que el niño aprende aquí no lo puede desarrollar en la casa porque por más que uno les diga que los padres no deben maltratar a los hijos, allá en la intimidad de la casa los cogen y los golpean, los castigan, los insultan, los menosprecian. En otros casos los papás están ausentes y los niños en el mejor de los casos son cuidados por los abuelos, los hermanos mayores, por la vecina que les echa un ojito, por la señora que les alquila la habitación, pero en la mayoría de los casos están solos, decidiendo lo que no deben decidir, aprendiendo lo que no deben aprender, sin control, sin normas, sin hábitos, de manera que cuando crecen ya no quieren que nadie mande sobre ellos y responden con agresividad y violencia ante la agresividad y la violencia. Uno nota que son niños carentes de todo pero sobretodo de afecto porque se apegan mucho a uno y están buscando cada rato ser abrazados, estimulados, aprobados. Me parece que ellos van a ser presa fácil de cualquier cosa, de hecho ya lo son, y cuando digo de cualquier cosa me refiero a la droga, la delincuencia, el suicidio [...] (Maestra, 014, Caso 3).

Estos son niños que desde el mismo vientre de sus madres ya vienen rechazados porque fueron concebidos en circunstancias no planeadas. Los padres por lo general son jóvenes que no planeaban tener hijos pero que al ocurrir el embarazo se vieron obligados a cambiar su rutina como estudiantes y empezar a trabajar para el sostenimiento de esa nueva familia. Los padres de hoy son diferentes porque no les preocupa criar adecuadamente a los niños y en muchos casos ve uno maltrato y negligencia porque mandan a los niños al colegio con la

ropa mojada, con ropa que les queda grande, no cumplen horarios y llegan cuando quieren. Es frecuente ver que estas familias son reconstituidas, es decir que la señora se une varias veces con una pareja y que de cada unión tienen uno o dos hijos, son muchos los hermanastros, las madres cabeza de familia, la presencia de padrastros y madrastras, son pocas las familias en las que la madre permanece en casa cuidando y criando a los niños, casi todas se encuentran desempeñando alguna ocupación que les representa ingresos económicos adicionales. Es tan apretada la situación económica que los niños tienen que trabajar aunque no hay una estadística clara de este fenómeno porque las familias ocultan esta situación y el niño aprende a no divulgarla (Maestra, 011, Caso 3).

La fuerza de los relatos y de las narraciones orales, han ayudado a que se mantengan en la memoria colectiva aquellos imaginarios sociales sobre la niñez que pueden resultar convenientes para el poder soberano posmoderno, pero que riñen con el pensamiento moderno. En la intimidad de la vida doméstica, existen prácticas familiares que se oponen al discurso moderno, más aún, los niños y niñas de estos contextos, no suelen vivir su infancia conforme lo dicta la modernidad y ello configura realidades alejadas de lo público y socialmente aceptado. He mostrado en el capítulo cinco, que el 80% de los niños y niñas de la investigación realizan una serie de actividades domésticas, que les resta tiempo para desempeñar el papel de niños modernos. Y aunque no fue explorado en esta investigación el tema del trabajo infantil, ni era la pretensión documentarlo, se sabe que muchos niños de estas comunidades trabajan, y de ellos, otro tanto, son explotados en ventas ambulantes, limpieza de autos o actividades circenses en la calle como única alternativa para aumentar los recursos económicos de las familias a las que pertenecen.

Desde la perspectiva de los actores sociales, asumir este tipo de tareas exige a los niños y niñas abandonar sus actividades lúdicas y de aprendizaje que han sido especialmente relacionadas con la etapa de vida en la ellos que se encuentran. En efecto, en estos contextos de pobreza y exclusión, los niños y niñas dejan por

momentos el rol social que les fue construido como sujetos de cuidado y protección, como seres fantasiosos, tiernos y juguetones para apropiarse de responsabilidades que el mundo moderno ha delegado en los adultos.

Uno se empieza a preguntar cómo decirle a un niño no trabaje y dedíquese a estudiar si las condiciones de vida de ese niño y su familia no se ajustan a lo que todos quisiéramos. Recuerdo un caso en el que una niña me relataba parte de su vida: vivía con sus padres y sus hermanos pequeños y ella y su mamá eran maltratadas por el señor por lo que decidieron abandonar el campo y venir a la ciudad, estando en la ciudad a la mamá le diagnosticaron una enfermedad grave y no está recibiendo atención estatal. La niña es consciente de la importancia de estudiar pero para ella es vital trabajar porque tiene que llevar comida para la casa, a veces les toca pedir en las panaderías del barrio que les regalen restos de pan y un pedazo de panela para hacer agua de panela y con eso la pasan en el día. Ahí es donde uno dice que lo que estamos haciendo es insuficiente y que la realidad supera la ficción (PS, 060, Caso 3).

Aunque no se puede generalizar porque hay unas familias que sí son funcionales, muchos de los niños que tenemos acá son trabajadores y los que no, tienen que cumplir con actividades domésticas que les son impuestas. No tenemos la certeza de cuántos trabajan con remuneración porque eso es un secreto que los padres advierten a los niños no deben contar bajo la amenaza de que la policía se los lleva, sabemos que casi todos cumplen con actividades en la casa que les roba tiempo para el juego, para las tareas, y sabemos que cuando el niño acaba sus labores se sale de la casa, se pone a ver televisión y cuando los padres llegan cansados no hay tiempo para explicar y acompañar las tareas escolares (Maestra, 013, Caso 2).

La sensibilidad social y el rechazo que se ha generado frente al trabajo infantil es lo que aparece manifiesto como forma de entrar en consonancia con lo establecido por el orden social moderno. Aún así, la realidad muestra que a pesar de

las subjetividades colectivas instaladas, las condiciones de vida de estos sectores sociales operan en la construcción de contextos que vehiculan imaginarios, discursos y prácticas que resultan contrarios a las pretensiones del poder soberano. Bajo la privacidad del mundo familiar y lejos del control social, los niños continúan aportando con su trabajo cotidiano en la construcción de lo social, lo cultural y lo económico en condiciones que en muchos casos distan de lo deseado. Paradójicamente es en el seno familiar, en que los niños corren el riesgo de ser sometidos a los malos tratos, que se ven presionados psicológicamente para ocultar y no denunciar todas aquellas situaciones que los perturba, es en el ámbito de la familia en que los adultos abusadores del poder amenazan, lesionan, reprimen y violan los derechos de los niños para expresar con libertad sus sentimientos, opiniones, motivaciones y esperanzas:

Los niños vienen y le cuentan a uno aquí, pasito [...] *es que mi mamá se fue de rumba con el mozo y mi papá se dio cuenta y él se fue de la casa con mi hermanito*, cuando yo le pregunto y por qué te dejó me contesta, *es que él no es mi verdadero papá, es mi padrastro pero sí es el papá de mi hermanito, por eso se lo llevó* [...] uno queda loco y no comprende por qué esas dinámicas familiares y por qué los niños tienen que cargar con esos problemas, por qué no los dejan ser niños (Maestra, 013, Caso 2).

Estos niños tienen muchos problemas, el entorno familiar no es el mejor como para desarrollar habilidades y capacidades sociales como la participación. Los niños de estos contextos son maltratados, abusados, abandonados, viven en soledad, con familias reconstruidas, sobre todo los pequeños porque los grandes ya no se dejan de los papás, les manotean, les responden, abandonan sus casas y el colegio (Maestra, 056, Caso 1).

Este era un niño de tan solo ocho años, muy maltratado por sus padres, que hablaba poco, muy inteligente pero con un rendimiento académico bajo, era agresivo con sus compañeros y cuando hablaba, dejaba colar algunos términos

vulgares. En la tarde permanecía solo hasta casi las 10 de la noche, hora en la que llegaban sus papás del trabajo, a exigirle si había hecho las labores domésticas: lavar la loza, arreglar la habitación y el baño, preparar la comida para su hermanito de cinco años y para los papás. Cualquier error lo pagaba caro, era constantemente amenazado y golpeado, llegaba al otro día al colegio sucio, con la camisa negra que traía desde el lunes, con los pantalones sin dobladillo, cabizbajo, solitario, casi mudo [...] Una noche, luego de cumplir con sus habituales trabajos y de dejar comido y arreglado a su hermanito, aseguró la puerta, prendió la televisión y sacó un insecticida que se tomó. Cuando los padres llegaron encontraron al niño pequeño llorando en el piso y al mayor tendido en la cama, medio adormilado, con la botella de insecticida en la mano, fue llevado al servicio de urgencias donde lograron salvarle la vida. Desde ahí, el trabajo con la familia ha sido largo, tortuoso, doloroso, de sentimientos de culpa, reivindicaciones y apoyos mil. Hoy el niño es mi asistente en la tarde, acordamos con la mamá que el niño se quedara aquí en el colegio luego de la jornada escolar, almuerza con nosotros y hace sus tareas con nuestro acompañamiento, luego me ayuda a organizar archivos y papeles. Ha aprendido mucho sobre las dinámicas del colegio, poco a poco se ha ido convirtiendo en mi mano derecha, tiene mucho futuro porque es muy inteligente, pero este es tan solo un caso entre mil que puede terminar bien, sabemos de otros que seguramente terminarán mal [...] (Maestra, 017, Caso 2).

Pero a pesar de los múltiples relatos, la *violencia familiar* y el *maltrato infantil* no son el resultado de la perversidad paterna. Las condiciones de vida de estos padres están rodeadas de carencias económicas, afectivas y educativas que los convierte en otras víctimas más del sistema. Son padres en los que reside el deseo por obtener un mejor futuro para ellos y para sus hijos, quienes mediante el trabajo diario intentan procurar el bienestar material que el mundo en el que viven les ha negado. Los continuos tropiezos, las oportunidades vencidas y las carencias diarias, les hace olvidar por momentos la importancia de utilizar expresiones frecuentes de afecto con los niños, la necesidad de acompañarlos en sus rutinas escolares y la promesa de estar presentes ante sus dificultades. La lucha por sobrevivir se advierte

en las largas y extenuantes jornadas de trabajo que asumen, las cuales irremediablemente provocan que los niños y niñas crezcan sin su compañía, sin su complicidad en las rutinas diarias, sin la vigilancia y seguridad que todo padre está obligado a proveer.

Los maestros y profesionales del programa, describen de forma dramática cómo los niños y niñas al llegar a casa solo encuentran un lugar frío, desértico, inhóspito, al que muchos adolescentes renuncian con facilidad seducidos por la diversión y el libertinaje que ofrece la vida en la calle, presos de grupos de delincuencia juvenil o de adultos explotadores. No mejores son las condiciones de los niños que optan por permanecer en casa, pues allí solo encuentran la compañía de un aparato de televisión, del peligroso mundo de la Internet o de labores domésticas que les son exigidas. Pocas veces están acompañados para elaborar los deberes escolares, jugar o aprender mientras establecen relaciones afectivas en las que puedan ser escuchados en sus angustias, temores, deseos y sueños. Esta vida de los niños y niñas en *soledad* se constituye en un factor determinante que impide desarrollar todas aquellas capacidades individuales y sociales que garantizan la efectiva relación con los otros.

Los niños se dejan arrastrar con facilidad por el contexto en el que viven y dentro de él por el grupo generacional al que pertenecen. Hay niños que por ejemplo hacen cosas por moda. Hoy son lesbianas, mañana bisexuales y luego heterosexuales y llegan con pintas variadas según la tendencia sexual que tengan. Y no es que estén explorando quiénes son y qué son, sino que quieren encajar en sus grupos de iguales asumiendo lo que no son (PS, 063, Caso 2).

Me gusta mucho la orientación que se les da aquí a los niños en nutrición, pero aunque los niños pueden llegar a reconocer qué es sano y qué se debe comer y qué no, los niños no dejarán los malos hábitos si cuando llegan a la casa está la gaseosa que el papá toma a la hora del almuerzo o la gaseosa que la mamá deja de sobremesa. Cambiar esas conductas es muy complicado porque cuando la mamá

creo que la gaseosa es más fácil de obtener y que no tienen que pelar una fruta y licuarla pues no será posible cambiar nada (Maestra, 004, Caso 1).

Nosotros somos padres de familia de estratos bajos, a mí me toca trabajar como empleada del servicio doméstico, yo no puedo estar pidiendo permiso y cuando lo pido muchas veces me lo niegan y corro el riesgo de perder el trabajito porque la señora necesita que yo esté tempranito, muy puntual para hacerles el desayuno, ayudar con el arreglo de los niños para que se vayan al colegio y empezar el arreglo de la casa que es grande. Yo necesito trabajar y por eso me levanto a las tres de la mañana para adelantar lo de mi casa y dejar el almuerzo hecho para cuando llegan mis hijos del colegio y pues a veces le toca a uno hacer lo más fácil, pongo el arroz y la pasta, hago los huevos duros, frito maduros y gaseosa o jugo y ya está (Madre, 019, Caso 1).

Somos familias pobres, con muchos problemas, yo me llené de hijos por boba, porque siempre creí que el nuevo compañero iba a ser el definitivo, pero no [...] ahora estoy sola con mis hijos mirando cómo los saco adelante. Me toca que ellos me ayuden, ellos no pueden ser como los hijos de la patrona a los que se les hace todo, a mis hijos les toca duro y desde chiquitos porque esa es la vida de los pobres, hay que sobrevivir como sea. (Madre, 040, Caso 3).

Se está pues ante una generación de niños y niñas pobres que son víctimas de un modelo productivo que se ensaña contra ellos. Un capitalismo irracional que exige jornadas duras de trabajo, que hiere a las familias menos favorecidas, pues son ellas en las que el cuidado y la crianza de los hijos pasan a un segundo plano para cumplir con el mandato de producir-acumular-consumir. Padres, madres y niños que son arrojados a la formalidad o informalidad del trabajo para suplir carencias, satisfacer necesidades básicas y sobrevivir ante la ausencia de otros mecanismo para lograrlo. En ese sentido, el modelo productivo termina por fracturar las dinámicas familiares que dejan en el abandono a los niños y obligan a *los padres a ausentarse de sus hogares*. Bajo estas condiciones, los niños crecen

lejos del acompañamiento, vigilancia, cuidado y colaboración de los padres, apartados de la corrección afable, de la conducción hacia valores y principios que aporten en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos. Todo ello aporta al ensordecimiento de los adultos hacia las peticiones, deseos, señalamientos, expresiones e inquietudes de los niños, que dificultan el desarrollo de competencias y habilidades para la participación, para la transformación del entorno inmediato, para el fortalecimiento ante las constantes amenazas del mundo que les tocó vivir.

Gran parte de nuestros niños viven con su familia en alcobas de inquilinato y eso propicia que se presenten situaciones de abuso sexual por parte de gente del entorno o de la propia familia porque los niños se quedan solos en esas habitaciones toda la tarde y parte de la noche sin que exista la vigilancia de un adulto responsable. También los niños deben presenciar las relaciones sexuales de sus padres y en muchos casos las de sus hermanos o hermanas mayores. Ese ambiente es muy común y los niños cuentan aquí en el colegio esas experiencias, muchas veces los niños experimentan caricias obscenas pero no saben que eso se llama abuso y por eso no lo denuncian como tal, no saben lo que les está pasando e inclusive lo viven como una situación normal en sus vidas. Cuando les hablamos de abuso sexual muchos nos dicen que eso les ha pasado o les está pasando en sus casas pero que ellos no sabían que eso era abuso (PS, 009, Caso 1).

Los contextos de violencia y maltrato, la soledad de los niños y la ausencia de los padres se constituyen, desde la perspectiva de los maestros y profesionales, en situaciones que obstaculizan y limitan el trabajo en salud porque no es fácil desplegar los componentes teóricos y prácticos del programa en contextos sociales tan difíciles. Así lo relatan algunos actores sociales:

Usted como profesional de salud puede enseñar mucho a los niños y a los muchachos sobre temas de salud y el profesor puede estar muy comprometido con la formación de sus alumnos, pero si el niño o muchacho salen del colegio y lo que encuentran en su barrio o en su casa es un contexto violento que lo empuja a querer

ser reconocido dentro de su grupo de pares como líder negativo y participar en robos, atracos, violaciones, etc. todo para conseguir lo que la familia no le puede dar ni afectiva, ni económicamente como un par de tenis o un celular (PS, 060, Caso 3).

Muchos niños, luego del colegio, llegan a su casa a calentar el arroz con el huevito frito que como gran cosa les ha dejado la mamá. Luego de medio almorzar, les toca arreglar la habitación en la que, en la mayoría de los casos, duerme toda la familia; luego lavan la loza y mientras lo hacen, prenden el televisor y se acompañan con las novelas de la tarde. La mayoría de los padres prefiere que los niños estén solos en la casa y piden el favor a algún vecino para que les *eche un ojito*, allá en sus casas, que por lo general son apartamentos pequeños, habitaciones o inquilinatos, los niños no tienen el espacio suficiente para correr, no pueden jugar con balones, ni montar en bicicleta, ni se relacionan con otros niños de su edad. Eso tiene que estar afectando los procesos de socialización, y el desarrollo de habilidades para la vida como la participación. Esa inactividad física en la casa los está volviendo perezosos, aquí en el colegio ya no quieren correr, se cansan rápido caminando. En el caso de otros niños, éstos no van a la casa porque saben que no hay nadie, entonces se quedan en la calle con otros niños en iguales condiciones (Maestra, 056, Caso 1).

Yo me siento en la capacidad de hacerles a los niños unos excelentes talleres promocionales en salud y sugerir a los profesionales que se dediquen a la asistencia, siempre reservándome el derecho de no lograr la transformación de conductas porque ellas dependen mucho más de otros factores que de una buena información. Yo puedo motivar a los niños para que participen de manera más activa, puedo iniciar procesos a pesar de todos los obstáculos, pero lo que sí es difícil de enfrentar son las condiciones de vida de estas familias que no les permite ni siquiera acceder a la canasta básica familiar. Cuando los niños aprenden que es una dieta balanceada y llegan a su realidad y encuentran que no pueden consumir frutas o verduras, que la carne o el huevo solo se puede comer semanal, que lo único que hay en la alacena

es arroz, pasta y plátano porque para los papás estos alimentos son valiosos porque sacian el hambre del niño y porque es lo más económico y rendidor, la participación de los niños se resquebraja, se queda en la casa y no trasciende a donde se necesita. Pero además las prácticas y hábitos de las familias son difíciles de cambiar y eso afecta también el desarrollo de actividades en el colegio, por ejemplo, el día que el refrigerio trae frutas como mandarinas, granadillas o ciruelas, muchos niños no las consumen en casa y aquí ese día es tragedia porque empiezan a vomitar (Maestro, 004, Caso 1).

La ausencia de los padres no solo se refiere a su figura física en el hogar. También está relacionada con el incumplimiento de responsabilidades que tienen que ver con la educación y la salud de sus hijos. En ese sentido, los maestros y profesionales señalan que los padres no asisten a las citaciones ni a las actividades formativas, informativas y evaluativas programadas por el equipo del programa SAC y/o por los maestros. Esta ausencia los despoja del conocimiento que deben tener sobre los procesos de sus hijos, les resta posibilidades para potenciar los aprendizajes, las prácticas y comportamientos saludables en los niños y niñas, y establecer redes y relaciones de apoyo para superar adecuadamente los obstáculos que día a día se les presenta.

Los padres constantemente rechazan las ofertas de educación que les hacemos, ellos ven a los colegios como guarderías donde entregan a sus hijos a las siete de la mañana en la puerta, luego los recogen o los mandan a recoger a las doce y hasta luego. Si hay entrega de boletines en el colegio no tienen tiempo y dicen que les envíen los boletines a la casa, si se programa un taller de padres eso es perder el tiempo, les falta compromiso con el colegio y con sus hijos (Maestra, 004, Caso 1).

Yo he trabajado en colegios privados y allá esto no se da porque tienen otros manejos. La familia sí se integra a las actividades propuestas por el colegio. Cuando un niño entra a este tipo de colegios, se les pide a los padres un certificado médico, un certificado de audiometría y un certificado de oftalmología que muestran si el

niño está bien o mal y si se encuentra algo de una vez se sabe qué hay que corregir y es la familia la que asume la responsabilidad de la salud del niño. Aquí nos traen a los niños como estén con o sin problemas y la mayoría viene con grandes problemas, pero los papás se acostumbraron a dejar a los niños y que aquí se les haga todo, se les de las clases tradicionales, se les forme en valores y principios, se les alimente, se les cepille los dientes, se les diagnostique y trate el problema, lo único que nos falta es que nos los traigan en pijama [...] (Maestra, 001, Caso 1).

La tarea es cómo hacemos para que las familias se integren a las actividades y entiendan que estamos haciendo un trabajo común para sus hijos y por eso creemos necesario hacer algo y planteamos la escuela de padres a la que asisten muy pocos, pero bueno empezamos con algo. (Maestra, 016, Caso 2).

Queremos articularnos al componente de medio ambiente para trabajar el entorno con la intención de hacer un proyecto participativo en el que se vinculen los padres de familia a través no solo de eventos deportivos sino de actividades recreativas en las que los estudiantes puedan vincularse para promover el arreglo y uso de un parque. Cuando citamos a los padres para los talleres aquí en el colegio la mayoría no asiste (PS, 059, Caso 3).

De igual modo, los profesionales y maestros advierten que cuando identifican un problema de salud en el niño o niña y lo remiten a la IPS o EPS correspondiente, los padres en muchos casos, no llevan a sus hijos a las instituciones de salud para hacer cumplir esa remisión. Ante los reclamos del colegio, los padres aseguran no tener el tiempo disponible para hacerlo, no solo porque sus jornadas laborales son extensas, sino porque sus jefes inmediatos no autorizan su ausencia. Adicionalmente expresan que las EPS obstaculizan la prestación de los servicios, al adjudicarles citas con el personal de salud en horarios o fechas imposibles de cumplir, arguyendo que no hay citas disponibles por falta de personal o asegurando que el servicio que reclaman no se encuentra incluido en el POS.

Como única alternativa, los maestros aumentan la presión sobre los padres y denuncian ante las autoridades competentes la negligencia en la atención a las necesidades de salud de los niños y niñas. Los maestros afirman que deciden denunciar a los padres ante el ICBF porque no valen las remisiones de los profesionales, así como tampoco las peticiones de los mismos niños y niñas o la solicitud reiterada y expresa de las maestras. Este camino de la denuncia resulta desgastador para los maestros en tanto requiere de una inversión importante de tiempo, exige un alto compromiso y ocasiona daño en las relaciones con los padres, quienes en algunas ocasiones responden con agresiones verbales o amenazas físicas hacia sus denunciantes. Finalmente, ante este tipo de presión, la lucha termina y los niños y niñas reciben la atención requerida:

Cuando nosotros les decimos en el colegio a los maestros que necesitamos a los papás, nos responden Uy! eso es muy difícil porque los papás nunca vienen. Finalmente alcanzamos a reunir unos poquitos y sabemos que tenemos que hablarles muy poco y con mucha sutileza porque nos ha pasado que se sienten atacados, ofendidos y no vuelven a las reuniones o llegan de afán para que solo se les de el informe del niño, empiezan a mandar a otra persona o simplemente mandan razón con el niño que le envíen el boletín o que le envíen en la agenda del niño las solicitudes que tenemos (PS, 008, Caso 1).

En otros casos, el incumplimiento de los padres con las remisiones, tienen un efecto más contraproducente, por cuanto se retrasan los diagnósticos de salud y en consecuencia los tratamientos tardan más de lo recomendado. Así es como muchos niños y niñas deben continuar su año escolar con deficiencias visuales, anemia, desnutrición, depresión, drogadicción, déficit de atención, etc. que impactan negativamente el desempeño escolar y la calidad de vida.

Tenemos muchos problemas con los padres, cuando un niño va mal en el colegio, tenemos que utilizar con los padres un lenguaje especial, citarlos en horas que ellos puedan y acepten para hablar porque si el padre se siente tocado, decide

retirar al niño del colegio y dejarlo sin estudio, hemos tenido que aprender a ser muy tolerantes con los padres, a presionarlos poco y a exigirles casi nada. Cuando los niños van mal en el colegio nos toca mirar en el mismo colegio y en el tiempo en que se pueda cómo ayudarlo porque sabemos que en casa no va a tener ayuda y que si presionamos un poco, corremos el riesgo de que el niño se quede sin colegio porque para los padres “*en ese colegio si que fastidian*”. Por eso es que la calidad de la educación ha desmejorado, pero para la sociedad solo existe un factor y es que los profesores somos malos (Maestra, 002, Caso 1).

En condiciones como las descritas, es complejo ejercitar acciones para desarrollar capacidades de participación infantil. Los contextos terminan por reducir los recursos necesarios para que los niños y niñas puedan establecer relaciones efectivas e iniciar procesos participativos. En la perspectiva de los profesionales es frecuente encontrar en estos niños y niñas baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, agresividad, intolerancia, incapacidad de asumir responsabilidades, pesimismo, indiferencia con el entorno y poca disposición para el cambio. Todas estas características conforman obstáculos directos para asumir una postura proactiva en la construcción conjunta del contexto:

Trabajar con este tipo de niños no es fácil, sobre todo cuando están más grandecitos porque estos niños han crecido solos, con mucha permisividad, tomando desde pequeños las decisiones que ellos creen, y en apariencia se vuelven muy autónomos debido a que no han tenido a sus padres allí creciendo con ellos o porque sus padres son muy jóvenes e inexpertos y no saben cómo criar a los niños, quienes además de solos crecen sin respeto a la autoridad y por eso el adulto la impone a la fuerza, con violencia, por eso se vuelven tan rebeldes, porque cuando los padres quieren imponer autoridad lo hacen con los golpes, los insultos, y eso lo que está provocando es que los niños y jóvenes actúen de esa misma forma en el colegio y que al encontrar a otro compañero aparentemente más débil se la montan e intentan imponer sus propias normas. De esta forma la participación que debe incluir el respeto por el otro y la valoración del otro como usted dice, pues no se da.

A estos niños les falta el acompañamiento de adultos adecuados, que los guíen, que les den valores, que les brinden afecto para que los niños puedan construirse como personas socialmente competentes, que puedan relacionarse con los otros sin dificultad. Los jóvenes creen que ser autónomos es hacer lo que ellos quieren sin importar las consecuencias sobre los demás y esa forma de pensar está relacionada con la forma como fueron criados en la soledad de sus pensamientos y acciones, no hubo límites, normas, valores. Por eso es que hoy los adolescentes son los que mandan, son muchachos que crecieron sin control y que han hecho lo que han creído y lo que han querido desde pequeños, son niños que ya les ha tocado cocinar, cuidar a los hermanos, lavar la loza, arreglar las habitaciones, que ven cualquier programa de la TV mientras hacen los quehaceres y lo hacen hasta la hora que quieren (PS, 009, Caso 1).

En estos contextos es muy difícil hablar de participación infantil y nos preguntamos cómo promover la participación de los niños y jóvenes sin que se vuelvan abusivos y maltratadores? Porque lo que pasa es que hoy los jóvenes sí participan pero en hechos delictivos y como consecuencia de la vida que han tenido que vivir pero al fin de cuentas hechos delictivos (Maestra, 002, Caso 1).

Las necesidades laborales de los padres y su ausencia física de los hogares, ha llevado a que se produzca un desplazamiento de algunas prácticas de cuidado, educación y crianza que en otras épocas eran competencia de la familia. Hoy, esas prácticas están siendo asumidas por las instituciones educativas. Y si bien, existen sectores sociales que consideran que estas instituciones no pueden evadir estas nuevas responsabilidades, los maestros del estudio en particular, aún creen que la familia es el primer lugar en el que se deben proveer los insumos básicos para la construcción de la personalidad de cualquier ser humano. Pero de nuevo, la realidad es otra. Los niños y niñas son dejados desde tempranas horas del día en sus colegios donde se deben suplir necesidades físicas, psicológicas y sociales, no solo como forma de colaboración ocasional a los padres, sino como sustitución habitual de las funciones que debe cumplir la familia. En estos casos, el grupo familiar se sustrae

como el lugar más importante para el establecimiento de sus propias actividades, para la construcción de sus propias formas de regulación y relacionamiento, para la producción y edificación de la personalidad que en conjunto permiten tejer esa base segura para la configuración del sujeto social.

Antes lo que decía el maestro se respetaba, si el profesor llamaba al padre de familia, éste debía ir y si no lo hacía se generaban sanciones. Ya no. Si el padre viene o no viene es el maestro el que debe acomodarse a sus tiempos, el Estado les está quitando responsabilidades a los padres y nos las está dando a nosotras para asumirlas, ahora tenemos que dar cuenta de la salud mental del niño, de la alimentación, los hábitos, quieren que nosotros nos convirtamos en los padres sustitutos, pero ay donde usted le llame la atención al niño, los padres vienen y nos acusan de maltratadores y exigen que debemos salir del colegio. Ahí es donde le digo que nuestra profesión está de capa caída, muy desprestigiada (Maestra, 004, Caso 1).

Los padres de familia se están ausentando de sus casas por muchas horas y son los jardines infantiles y los colegios los que hemos tenido que asumir la responsabilidad de las tareas que en otras épocas asumía exclusivamente la familia. Aquí los niños no solo vienen a aprender matemáticas, ciencias o lenguaje, ellos también vienen ahora a aprender normas, valores, patrones nutricionales, higiene y buen trato en el mejor de los casos porque también tenemos niños en el colegio que los papás los mandan solo para que sean beneficiados por los subsidios, pero no existe un interés porque el niño se eduque o aprenda. Ahora con la gratuidad en la educación se le ha quitado más responsabilidad a los padres y nosotros los maestros tenemos que trabajar con las uñas porque tampoco nos dan recursos y cuidado con que les pidamos un lápiz a los papás, se nos viene todo el mundo encima (Maestra, 012, Caso 2).

Los padres no ayudan con los procesos en la casa, son muy negligentes, dejan toda la responsabilidad de sus hijos en el colegio. Por ejemplo, me he tenido

que sentar con algunos padres cuando logramos cogerlos para explicarles la importancia de enseñarles a sus hijos a comer sanamente porque aquí los niños no se quieren comer el refrigerio que con tanto esfuerzo les envían. Cuando uno le pregunta al niño por qué no se come el queso o se toma la leche los niños dicen que no la pueden tomar porque les sienta mal, así pasa con las frutas, uno ve que las usan para tirárselas y jugar con ellas pero no las consumen y cuando se indaga con los padres lo que se encuentra es que no es una costumbre tomar leche o comer queso, verduras o frutas, muchas veces vemos llegar a los niños en la mañana con su paquete y es muy difícil encontrar el apoyo de los padres para mejorar esta situación. Lo que los niños aprenden con los talleres que les dicta la nutricionista se queda en el taller porque cuando llegan a casa las cosas son diferentes y por supuesto no es fácil competir con las cajitas de *Mac Donalds*, ni con lo que la televisión sugiere para comer porque tanto padres como niños caen en ese juego (Maestra, 005, Caso 1).

Los maestros como testigos presenciales de las difíciles situaciones familiares y sociales en las que viven los niños y niñas, piensan que es necesaria y urgente la intervención del Estado en los hogares. De la misma forma en que otras instituciones han sido intervenidas y sancionadas con severidad, ante la confirmación de faltas graves cometidas contra la integridad física y emocional de los niños y niñas por parte de adultos que abusan del poder, así mismo los padres que maltratan a sus hijos por negligencia, castigo físico, abuso sexual o humillaciones deben recibir una sanción ejemplar del Estado.

En ese mismo sentido, el Estado debe formular y poner en ejecución políticas y programas para ocupar adecuadamente el tiempo libre que los niños, niñas y adolescentes tienen luego de su jornada escolar. Los mismos colegios con el apoyo de las SDS, SED, SISD, pueden ofrecer en horarios contrarios a la jornada escolar actividades deportivas, culturales, artísticas, musicales y recreativas que alejen a los niños y niñas de la calle, de la televisión, los video juegos y el Internet.

Se necesita más atención estatal para los niños porque muchos están en las horas de la tarde en la calle aprendiendo malas cosas. Se requieren instituciones para que en la tarde los niños y niñas puedan hacer las tareas, ejercitar algún deporte, tocar algún instrumento, ir o estar en la biblioteca mientras sus padres a esas horas están rebuscando para comer y los más afortunados están trabajando (Maestra, 057, Caso 1).

En definitiva, los contextos sociales cargados de maltrato y violencia, soledad y ausencia de los padres se constituyen en un obstáculo importante para desarrollar y mantener procesos participativos que lleven a los niños y niñas a asumir el control de su propia salud. A pesar de ello, el trabajo desarrollado por los profesionales del programa SAC y por los maestros de las instituciones educativas ha llevado a que cada vez más los niños y niñas tomen consciencia de lo que sucede a su alrededor y del impacto que las condiciones de su vida pueden tener sobre su salud y la de su familia. Y aunque no siempre los niños y niñas están en capacidad de identificar situaciones y eventos adversos, la información que reciben en las instituciones educativas resulta más que valiosa.

Ellos empiezan a tener consciencia de todo lo que les sucede, cuentan cuando el papá llega borracho y le pega a la mamá, cuentan cuando el papá se gasta la plata y no responde por las necesidades de la casa, cuentan que sus papás tienen otra mujer, que sus mamás tienen un nuevo novio, que el primo que vive en la casa fuma marihuana, que a los papás les gusta tomar juntos hasta emborracharse, etc., etc., todo lo cuentan los niños aquí en el colegio y es a través de ellos que conocemos a sus familias. En el colegio nos esforzamos por informar a los niños sobre el embarazo en adolescentes, sobre la drogadicción, el consumo de cigarrillo y alcohol, nos esforzamos por prevenir el abuso sexual pero las condiciones sociales y económicas de los niños nos desbordan y a veces creo que esas modas provenientes de construcciones teóricas de otros contextos no son aplicables aquí. Cómo hablar de participación para niños que siguen doblegados, abusados, maltratados, creo que todavía tenemos que superar muchas cosas como para abrir

otras posibilidades. La participación de los niños pobres de hecho es diferente a la participación de niños acomodados (Maestra, 005, Caso 1).

Uno solo con mirar al niño ya sabe más o menos cómo viven, los niños que nos llegan desnutridos tienen como elemento común la negligencia de padres que no los quieren y nos surge la pregunta por qué las mujeres se están embarazando de distintos hombres, por qué no planifican su vida y su reproducción, por qué se meten con tipos que por lo general no les responden, cómo hacer para que antes de empoderar a los niños, podamos trabajar para que se empoderen las mujeres? (Maestra, 002, Caso 1).

CAPÍTULO VII

LAS RESISTENCIAS A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

Se ha dicho que el concepto de resistencia es entendido habitualmente como el conjunto de discursos, prácticas y acciones subversivas a fin de confrontar un sistema o poder político que se percibe opresivo. Se planteó también para la investigación el concepto, para hacer referencia al conjunto de pensamientos, significaciones, sentimientos, deseos e intereses particulares que derivan en una actitud de *negación* hacia la participación infantil. Y aunque en el trabajo investigativo, las resistencias no fueron reveladas en principio por los actores sociales porque daban cuenta del punto de vista personal, que en ocasiones no coincidía con los nuevos pensamientos, éstas fueron admitidas después de un trabajo esencialmente hermenéutico. Las resistencias en la investigación vienen entonces a conformar el segundo nivel situacional que con el primero, es decir, los nudos contextuales, niegan el derecho que tienen los niños y las niñas para participar en la vida social.

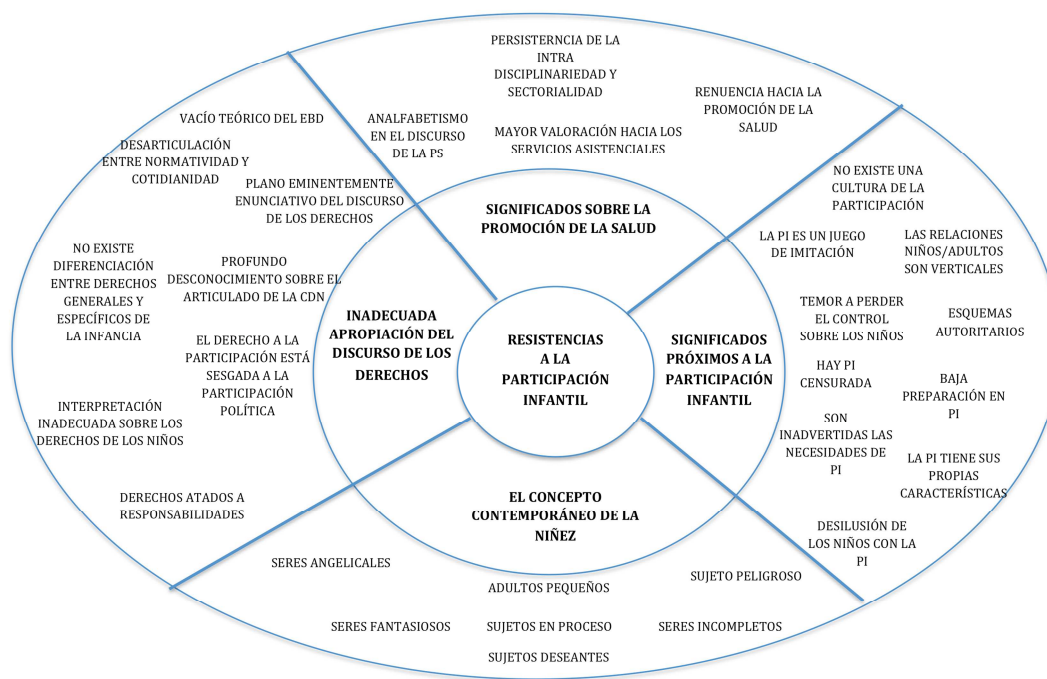
Las resistencias como negación, revelan una confrontación interna entre subjetividades instaladas y subjetividades en instalación. Las primeras responden a las técnicas disciplinarias utilizadas por el poder soberano para pensar la niñez de la forma en que se requería hacerlo en la modernidad, con la intención de consolidar un sistema capitalista de gobierno. Por su lado, las subjetividades en instalación, deberán responder a las técnicas de control utilizadas por el poder soberano, para pensar la niñez de la forma en que ahora se requiere, con el ánimo de consumir para la posmodernidad el sistema capitalista a través del consumo.

En efecto, las resistencias en los tres casos estudiados, son *negaciones subjetivas* que provienen de las *confrontaciones entre subjetividades instaladas y subjetividades en instalación* que, en la perspectiva de los actores sociales, expresan la *renuncia al sometimiento de sí mismo*, pretendido por el poder soberano para

establecer prescripciones sociales y construir realidades determinadas. Tales confrontaciones no permiten tener una idea clara de lo que se está pensando en el conjunto de la sociedad porque existen tantas significaciones, sentimientos, deseos e intereses como sujetos en el mundo.

Con lo dicho, se intenta avanzar en la discusión planteada con el argumento de que en la sociedad moderna (disciplinaria) también fueron y continúan siendo utilizadas tecnologías de poder cuya pretensión era y es ir más allá del control de lo biológico, lo somático, lo corporal (anatomopolítica/biopolítica) para generar sujetos de producción. Las tecnologías de poder disciplinario también fueron tras el control de la mente del sujeto a través de la instalación de subjetividades que construyeron conceptos, verdades y en consecuencia contextos. Se trata de subjetividades instaladas que se producen y reproducen para configurar realidades conforme a lo esperado. Estas tecnologías de poder no solo desarticulan el cuerpo para intervenir de manera continua, efectiva y prolongada, sino que desarticulan también la mente con la que construye un *modo de ser sujeto* que facilita la conducción de sus pensamientos, comportamientos y deseos. Es en este punto en el que el ser niño resulta importante como “material” para la construcción de nuevas formas de ser sujetos, que estén en sintonía con el mundo determinado que se quiere construir. En la Figura No. 3 se muestran las resistencias a la participación infantil para luego dar paso a las narrativas de los actores sociales que revelan estas resistencias.

FIGURA 3. Resistencias propiamente dichas



7.1 Significados próximos a la participación infantil

Los maestros y profesionales del programa saben que la categoría participación infantil aparece teóricamente relacionada con el discurso de los derechos. En ese sentido, reconocen en la participación infantil un derecho de los niños y niñas que requiere ser incorporado en las acciones educativas y pedagógicas que a diario ellos realizan en el aula de clase. No obstante, admiten una serie de dificultades prácticas que en el escenario de lo escolar afecta el contexto para que este derecho se concrete.

En principio, los actores sociales de los tres casos estudiados coinciden en afirmar que *no existe una cultura de la participación* en el ámbito escolar porque los adultos en general, no han tenido experiencias participativas diferentes a las que realizan cuando eligen a un gobernante. Los adultos desconocen que la participación implica una amplia gama de acciones y comportamientos, por eso no

le otorgan la importancia y trascendencia que ésta tiene en los procesos de aprendizaje de los niños, máxime cuando la participación no ha sido una experiencia gratificante en la trayectoria de vida de los adultos.

Pues los niños no participan porque no hay una cultura de la participación, ni siquiera los adultos participan menos lo van a hacer los niños que crecen en un contexto de poca participación. En mi experiencia, que es de muchos años en el campo de la salud pública, no he visto adultos con participación activa, empoderados de los procesos de salud, se han hecho ejercicios de participación pero porque se ha convocado a la comunidad, no por iniciativa propia y los que vienen a participar son adultos mayores y amas de casa quienes en la mayoría de los casos no tienen poder de convocatoria, carecen de liderazgo pero cuentan con el tiempo para hacerlo (PS, 060, Caso 3).

Y aunque con la Ley 115 de 1994 se logra introducir algunas prácticas elementales de participación infantil en los colegios públicos y privados del país, éstas terminan siendo, en opinión de los profesionales del programa y los maestros, un *simulacro* de las prácticas adultas, pues ellas se reducen a un *simple acto de votar* para escoger a un representante estudiantil que haga parte del consejo académico del colegio. Se dejan pues de lado otras concepciones democráticas y libertarias como la libre expresión para la argumentación, la confrontación de ideas, la concertación, la libre asociación y la libertad para recibir información entre otras. Estas ausencias aniquilan la amplia gama de posibilidades de acción que la categoría recoge.

En efecto, la participación infantil en la perspectiva de los actores sociales, no deja de ser un *juego de imitación* que los niños y niñas, con la complacencia de algunos maestros del área de sociales, hacen de los procesos participativos ejecutados por los adultos. Así es como la participación de los niños y niñas en el espacio escolar parte desde su base con los mismos vicios que padece la participación política del adulto:

Los pequeños ejercicios de participación que tienen los niños son simplemente simulacros de participación que les sirve para ir aprendiendo cómo será la vida adulta, porque por ejemplo aquí en el gobierno escolar, los niños cuando están en campaña ofrecen una serie de cosas que nosotros sabemos que no van a poder cumplir. Les hemos escuchado prometer la construcción de una piscina, hacer el parque que nunca han tenido y que nunca tendrán porque el niño no tiene la condición económica como para poder cumplir con lo prometido. En los colegios tenemos unas figuras de democracia y derechos políticos que debemos asumir y que son ampliamente trabajadas a través de una gran inversión de tiempos y espacios por parte de la SED. Pero ese modelo de participación es una réplica del proceso de elecciones populares en los que participan los adultos y que apuntan a los mismos vicios porque un niño con el ánimo de obtener votos puede prometer la piscina que en la realidad nunca va a poder construir y los electores ante tal promesa votan en masa (Maestra, 016, Caso 2).

Los niños desde pequeños aprenden a participar de la misma manera en que lo hacen sus padres, es una participación por conveniencia porque si se les ofrece algo van, pero si no se les ofrece algún tipo de retribución es muy difícil que asistan, así son sus padres (Maestra, 063, Caso 2).

Además de las insuficientes experiencias en participación, los actores sociales expresan que ésta es inefectiva en una sociedad que como la nuestra es desigual, está dividida y ordenada jerárquicamente por sectores, los cuales establecen *unas relaciones naturalizadas de arriba hacia abajo* que impiden que la perspectiva de los que se ubican en la base sea tenida en cuenta.

No queremos participar, no tenemos esa cultura, aunque están los casos en que se quiere pero no se logra porque no nos tienen en cuenta. No hay cultura de la participación, no somos participantes activos, de pronto en reuniones se hacen comentarios y sugerencias pero si se tienen en cuenta o no, eso no importa. A veces también percibo que los maestros somos celosos con nuestros escenarios porque nos

sentimos evaluados cuando vienen y nos observan o quieren compartir conocimientos con nosotros (Maestra, 001, Caso 1).

Las experiencias negativas de los adultos con relación a los procesos participativos se hacen explícitas en la desaprobación que ellos elaboran hacia los múltiples intentos que tienen los niños y niñas por participar en las actividades propuestas por los profesionales del programa y por los mismos maestros. Los padres por ejemplo, consideran que participar en los programas de promoción de la salud es una pérdida de tiempo que no solo afecta el aprendizaje de los niños sino el tiempo de ellos mismos. Esta actitud de los padres de familia muestra que al igual que los otros adultos, no existe una valoración positiva sobre la participación infantil como elemento esencial en el proceso de formación de los niños y niñas, de manera que se mantienen alejados de estas actividades y procuran alejar también a sus hijos.

No me gusta y nunca he autorizado al colegio para que mi hijo participe en esas cosas porque es una perdedera de tiempo, él va a aprender cosas que necesita para la vida como las matemáticas, la lectura, las ciencias naturales, lo otro no vale la pena, lo distrae en las cosas que de verdad son importantes para él y para su vida (Padre, 019, Caso 1).

La falta de motivación y el escaso involucramiento que manifiestan los padres en los asuntos que tienen que ver con la participación de sus hijos, se alimentan del *temor* que produce en ellos *perder el control* sobre los niños y niñas. La naturalización de las relaciones asimétricas relacionada con la aparente condición de inmadurez cognitiva, emotiva y experiencial del niño, coloca al adulto en una posición de dominación que le impide ser respetuoso frente a la autonomía del niño. En efecto, amparar este tipo de relaciones garantiza el control sobre los niños y niñas aniquilando toda posibilidad de participación infantil y protegiendo esa zona de comodidad en la que los adultos mantienen el *statu quo*.

La gente no quiere participar y menos aún quiere que los niños participen, somos enemigos del cambio porque estamos cómodos en la posición en la que estamos, no queremos que nos alteren las cosas, queremos que todo nos resulte fácil, que no necesitemos invertir tanto (PS, 009, Caso 1).

Yo como papá soy la autoridad y mis hijos tienen que hacer lo que yo decida, yo escucho a mis hijos pero quien debe tomar las decisiones soy yo, porque o si no él va a hacer lo que quiera sin respetar la cabeza de la autoridad (GF Padres Caso 2).

Ahora mas o menos los niños conocen algo de democracia y participación porque antes nada. Hoy hay jornadas democráticas en el colegio y los niños votan por su personero y por su representante en el concejo, eso lo promovemos con la idea de que ellos desarrollen la consciencia de participar, de opinar, pero aún este derecho no es obligatorio y creo que es por el miedo que le produce a los adultos quienes hoy tenemos el sartén por el mango y no nos conviene que los niños participen y se formen en democracia (Maestra, 005, Caso 1).

Para ser tolerados, los ejercicios de participación infantil en las IED deben estar bajo el control de los adultos. Aunque en los casos estudiados, los profesionales del programa SAC se encontraban al margen de estos ejercicios democráticos, se puede decir que son los adultos quienes evitan al máximo que los niños y niñas asuman como protagonistas y logren unos niveles de participación superiores a los básicos.

Ahora los niños son diferentes, a ellos les gusta que los pongan a participar y aunque lo del gobierno escolar no funciona muy bien, existen veedores de cada curso y ellos se reúnen y yo no sé qué harán, pero allá se reúnen y firman cosas para ellos. Me parece bien que participen pero debe ser una participación controlada porque no se deben dar tantas riendas sueltas, sino como antiguamente, porque hoy se les ha dado mucha libertad y ya no se los puede tocar, eso permite que ellos cojan

alas y por eso son cada vez más groseros, mas contestones, no respetan a los papás, no respetan a los profesores (Maestra, 012, Caso 2).

Con lo anterior, se puede inferir que los adultos no están dispuestos a perder su posición de *autoridad* sobre los más jóvenes, por eso, protegen, mantienen, fortalecen y perpetúan las relaciones asimétricas en las que aquellos, protegidos por la intimidad del espacio privado, ejercen control absoluto sobre la vida de los niños y niñas. En efecto, son relaciones de poder que se materializan y hacen posibles en espacios que vehiculan prácticas de dominación, dependencia y obediencia con la firme intención de lograr un cierto nivel de disciplina en la que la crítica y la oposición están proscritas, por lo menos mientras el niño cursa su primera y segunda infancia. De ahí que la expresión de la opinión de los niños no solo deje de ser considerada, sino que además es despreciada para obligar a callar sobre los sentimientos, apreciaciones y motivaciones de los niño:

Los adultos consideramos a los niños nuestra propiedad y pretendemos hacer con ellos y de ellos lo que queremos, los manipulamos, los controlamos e inclusive los inducimos a hacer lo que ellos no necesariamente quieren. Aquí es frecuente ver cómo los padres manejan a sus hijos pequeños a su antojo y los niños resultan encubriendo a sus papás en mentiras, en comportamientos reprochables. Los padres controlan a sus hijos pequeños con medidas autoritarias, pero luego de los doce o trece años de vida los niños empiezan a dominar a sus padres, a confrontarlos, a desobedecerlos y cómo no si durante doce años han hecho con ellos lo que han querido [...] (Maestra, 002, Caso 1).

En las familias hay mucho autoritarismo y sobre lo que el niño dice o quiere no se le pone atención, se le corta su intervención o se les empieza a dejar a un lado (Maestro, 012, Caso 2).

En esta institución hay maestros que gritan a los niños, sobre todo, a los mas pequeños porque a los grandes ya les tienen miedo, los profesores creen que saben

más que los niños, que siempre tienen la razón y por eso el niño se ve obligado a callar porque siente que no tiene herramientas para pelear contra el profesor, no es fácil que se den procesos de participación en un esquema de educación autoritario como el de la escuela. Estos mismos niños son maltratados por sus padres en la casa, son golpeados y sabemos que el niño está en condición disminuida porque él no le puede devolver el golpe al papá o a la mamá, por eso cuando están más grandes ahí sí que se ve de todo como resultado de tantos años de maltrato, abuso y humillación (Maestro, 015, Caso 2).

Es necesario crear espacios de diálogo, una verdadera comunicación y respeto por los niños para pensar en unas relaciones mucho más justas y equilibradas, pero el mundo social en el que vivimos cargado de patrones autoritarios que utilizan el abuso, el maltrato en cualquiera de sus formas provoca desilusión, desmotivación que afecta las actuaciones de los niños y los obliga a permanecer al margen de lo que les compete (PS, 020, Caso 3).

En esta parte, es necesario señalar que el concepto participación infantil no es tan homogéneo como he mostrado en la sección anterior. Con los aportes del abultado grupo de teóricos, el significado de la participación de los niños comienza a transformar subjetividades y particularmente prácticas que derivan en otras formas de vivir la cotidianidad con los niños. Ya he dicho que la teorización sobre la participación infantil tuvo sus inicios en la modernidad a pesar de que a lo largo de la historia de la humanidad, los niños y las niñas han tomado parte en la vida social, cultural y económica de sus comunidades. También he mostrado que el concepto aparece en construcciones teóricas recientes como la *participación guiada* (Rogoff, 1993), la *escalera de la participación* (Rogert Hart, 2000), la *expresión infantil* (Gaytán, 1998), la *participación protagónica* (Cussiánovich, 2010c) o la *organización infantil* y los *movimientos infantiles* (Cordero y Ponce, 1998) entre otras. Desde la CDN he planteado que la participación infantil se ha relacionado con el derecho que tienen los niños y niñas a expresar su opinión para que sea debidamente tomada en cuenta.

Y aunque en el tipo de sociedad en que aún se vive la expresión de la opinión no solo está restringida para muchos niños, sino que es todavía poco valorada debido a la presencia de mecanismos disciplinarios que regulan y producen costumbres, hábitos y prácticas para moldear el tipo de sujeto requerido, comienzan a aparecer concepciones sobre la participación infantil que la definen como el grupo de acciones que se producen en marcos sociales de valoración, respeto, reconocimiento, afecto, colaboración y acompañamiento a los niños en la búsqueda del control de su propia vida, con independencia del contexto, la etapa de vida del niño o el peldaño ocupado en una escalera. En esos nuevos sentidos sobre la participación infantil, lo que deben cambiar son las formas, estrategias y mecanismos establecidos para participar, y no la participación en sí misma.

Más aún, la discusión sobre el significado de la participación infantil debe ser ampliada si se considera la perspectiva que desde algunos sectores de la comunidad se está planteando. En los casos estudiados para esta investigación por ejemplo, se ha podido establecer que además de la valoración positiva que se le asigna al concepto, existe una connotación negativa en la que se relaciona la participación infantil con prácticas y acciones delincuenciales en las que los niños y niñas toman parte. En ese sentido, es necesario asumir una postura frente a lo que por ahora podríamos llamar la *participación infantil censurada*, la cual es advertida en las siguientes narrativas:

Los niños también participan activamente en acciones que no resultan muy sanas para su propio cuerpo, tenemos el caso de las niñas que se dejan presionar por los compañeros de clase para beber y embriagarse. Ante el temor de ser descubiertas por sus padres, aceptan prácticas no adecuadas como cuando untan los tampones con alcohol industrial para luego colocarlos en su vagina y sentir el efecto deseado por el alcohol. Como eso no produce aliento alcohólico, no son descubiertas por sus padres. Generalmente los papás no se dan cuenta porque cuando llegan a la casa la borrachera ya ha pasado (Maestra, 005, Caso 1).

Tenemos muchos niños que no quieren estudiar, que se han dejado arrastrar por dos o tres compañeros que tienen una influencia negativa sobre el grupo. Aunque tenemos líderes positivos que ayudan mucho en el aula de clase porque apoyan el trabajo de los que mas les cuesta aprender, también hay líderes negativos que obligan a los otros a dañar, a pelear, a odiar (Maestro, 013, Caso 2).

Con todo, el concepto positivo sobre lo que empieza a significar la participación infantil es el que toma valor. Se asume como un acto en el que los niños y niñas se relacionan con otros sobre la base de intereses comunes. Esa relación con los otros tiene como propósito el desarrollo progresivo de la autonomía y el enriquecimiento mutuo para la construcción de nuevos sujetos que puedan aportar en la transformación de las situaciones y condiciones que afectan negativamente la salud y la calidad de vida de las personas y los colectivos. La participación infantil empieza entonces a ser comprendida por algunos actores sociales, como esa posibilidad que tienen los más pequeños para aportar en las decisiones que un grupo en conjunto toma para mejorar y transformar la realidad social vivida. En suma, participar significa para este colectivo, inmiscuirse en asuntos de interés común, en los que se deben aceptar y asumir responsabilidades para llevar a cabo acciones colectivas que, para el caso de esta investigación, deben culminar en la transformación de los determinantes sociales negativos de la salud para alcanzar un nivel adecuado de salud como mecanismo para el desarrollo humano de los niños, sus familias y comunidades:

Participar es tener la oportunidad de tomar decisiones, de ser líderes, no solo en los programas de salud al colegio o aquí en el colegio, sino que puedan llevar a la casa acciones benéficas no solo para su propia salud, sino para la de su familia. Es lograr que el niño tenga presencia con su voz y voto en acciones que lo beneficien a él y a su familia (Maestra, 006, Caso 1).

Participación infantil es cuando el niño se involucra en todos los procesos, no es solo invitarlo a las reuniones donde se toman decisiones sin que se le deje

decir algo, donde el niño aparece pero solo figurativamente porque no lo dejan que intervenga en lo pactado (PS, 063, Caso 2).

Yo pensaría que cuando uno participa en algo es para que uno también tome decisiones y en ese sentido la participación infantil sería que los niños deberían estar involucrados en la toma de decisiones importantes para el colegio (Maestra, 005, Caso 1).

Para mí la participación infantil es que los niños pudieran reconocer sus propias necesidades y se pudieran involucrar en la respuesta o en la satisfacción de esas mismas necesidades, creo que participar no es solamente recibir información, sino que a partir de esa información ellos puedan construir su propia realidad para mejorar su vida (PS, 009, Caso 1).

La participación infantil implica que el niño sea consciente de la realidad, de lo que está viviendo y esa consciencia le permita tomar decisiones, ejecutar acciones para beneficio propio y del grupo al que él pertenece (Maestro, 011, Caso 3).

Los nuevos significados relacionados con el concepto de participación infantil son aprehendidos en la aproximación que hacen los actores sociales a los diferentes documentos que conforman el material necesario para fungir como profesional de salud o maestro. Sin embargo, los profesionales aseguran que esta aproximación a los documentos no la hacen como parte del proceso de inducción que reciben cuando ingresan como miembros del equipo del programa SAC. Los profesionales confiesan que es *poca la preparación* que ellos reciben en temas relacionados con los derechos de la infancia, la participación infantil en salud o la promoción de la salud. Sin embargo, al poco tiempo, en el trabajo de campo, empiezan a comprender cuán importante resulta la participación infantil en el marco del modelo de la promoción de la salud. La experiencia práctica les enseña que no es posible cambiar conductas y comportamientos riesgosos, así como tampoco

desarrollar habilidades para la salud y para la vida, si los sujetos no están convencidos, comprometidos e involucrados con esos cambios:

Es fundamental la participación de los niños y jóvenes porque partiendo de sus necesidades y perspectivas es que podemos acordar acciones que verdaderamente impacten los comportamientos de riesgo y desarrollen hábitos saludables y habilidades sociales para la vida. Desafortunadamente en nuestra experiencia diaria, nos encontramos con que la participación infantil es un proceso inducido por los adultos, organizado por temáticas de acuerdo a la edad, en el que se indaga sobre necesidades y se identifican comportamientos que llevan a afectar la salud. La participación infantil en el programa es pasiva y en casos escasos activa sin embargo queda relegada a ser una actividad más en la que hace falta empoderamiento, transferencia de conocimientos y multiplicación hacia las familia y otros compañeros (PS, 020, Caso 3).

La falta de apropiación de los actores sociales sobre el tema de los derechos de la infancia, pero particularmente sobre el tema de la participación infantil en el marco de los programas de promoción de la salud, puede llevar a que algunos indicios que sugieran la necesidad de los niños y niñas para participar, *no sean advertidos* por los adultos y terminen en simples ejercicios pedagógicos para el aprendizaje tradicional de los niños. Pasar por alto esos indicios por el desconocimiento de los adultos, significa perder la oportunidad para el reclamo y la exigencia de los niños y niñas, pero sobre todo para reivindicar el derecho a la participación como estrategia de transformación del mundo en que vivimos. En la experiencia de campo, los actores sociales empiezan a identificar como elementos esenciales de la participación infantil los siguientes:

Información sobre los asuntos de interés: los niños y niñas necesitan estar informados sobre los asuntos que resultan de su interés y del interés para el grupo, el desconocimiento se constituye en un reparo para involucrarse en procesos participativos, en tanto genera sentimientos de temor y vergüenza:

Para desarrollar procesos participativos es importante tener una idea de lo que saben y conocen los niños, una vez hecho esto se requiere ofrecer información relacionada con los temas de interés y lograr en ellos una apropiación conceptual de los procesos de salud-enfermedad (PS, 021, Caso 3).

Para lograr la participación infantil yo creo que es importante que la información que se brinde sea para todos, no solo para unos cuantos como se está haciendo este año. Cuando la información la conocen todos la probabilidad de que surjan niños que se empoderen de las cosas es mayor, pero si el trabajo se mantiene para unos cuantos la probabilidad se reduce (Maestro, 057, Caso 3).

Motivación, interés y voluntad: la participación infantil no puede ser una actividad impuesta, requiere de la motivación, interés y voluntad de los niños para participar, pues en ausencia de estos elementos no se obtendrá toda la capacidad de los niños requerida para que el proceso sea efectivo. Lograr esta motivación, interés y voluntad depende del uso de mecanismos y estrategias apropiadas, que resulten del agrado de los niños y niñas. En la experiencia de los profesionales se utilizan con frecuencia la música, el teatro, la pintura, el canto, las actividades en el computador, los grafitis, los títeres, etc., pues es en ese tipo de actividades que se logra obtener la atención de los niños y un verdadero derroche de creatividad y animación.

Yo pienso que los más chiquitos todavía no...los niños pequeños no pueden participar y creo que a ellos no les interesa mucho, ellos solo quieren jugar y por eso no les interesa todavía la participación, eso se lo dejan a los más grandecitos, pero aún en los niños grandes, es necesario que estén motivados para hacerlo, no se los puede obligar (Maestra, 57, Caso 1).

Aunque muchos utilizan estrategias de la pedagogía clásica, otros tratamos de enganchar a los niños con todo lo que a ellos les gusta porque nos interesa que participen de manera voluntaria, para hacer los diagnósticos de necesidades

hacemos los árboles de problemas para intentar dejar registrado allí las sensaciones y percepciones de los niños frente a los problemas de salud y una vez analizamos esos diagnósticos iniciamos el trabajo con actividades artísticas que incluyen la música, la pintura, el baile, el canto, el teatro. También trabajamos mucho con los computadores porque a ellos les gusta y de allí bajamos información y la discutimos. Desafortunadamente los tiempos no nos alcanzan porque nos dan solo pequeños momentos y tampoco tenemos lugares apropiados, pero lo más grave es que a nosotros no nos alcanza el tiempo porque tenemos catorce sedes por grupo y eso es mucho (PS, 008, Caso 1).

Experiencias frecuentes de participación: la frecuencia en este tipo de experiencias de participación ayuda a los niños a desarrollar progresivamente las capacidades y habilidades propias para establecer relaciones efectivas con los otros; sin experiencia, la participación corre el riesgo de no ser concretada y sostenida. Estos ejercicios frecuentes de participación deben ser ofrecidos desde las primeras etapas de la vida del niño o niña:

Porque a pesar de que son bien inteligentes deben tener una preparación y esa preparación no está y si no hay preparación pues se van a equivocar y aprenderán de las equivocaciones. Ahí es donde veo importante lo de la participación, porque si ellos aprenden desde pequeños a participar pues van a desarrollar esas competencias más temprano y les va a favorecer (PS, 009, Caso 1).

Hacemos mucho trabajo de sensibilización frente a cada componente, en el tema de actividad física usualmente encontramos que a los niños y jóvenes les cuesta trabajo participar y expresarse a través de su cuerpo, en general manifiestan pereza, vergüenza, incapacidad lo que impide que se apropien de la actividad física como una herramienta para prevenir enfermedades físicas y para enfrentar situaciones sociales comunes en este tiempo (PS, 059, Caso 3).

Toma progresiva de conciencia: es justamente en la relación con los otros que el sujeto esgrime su necesidad de conciencia, de ahí que la participación infantil sea la oportunidad para entrar en esa relación con los otros y proporcionar a los niños y niñas experiencias valiosas para la construcción y reconstrucción de su propia perspectiva en consideración a la perspectiva de los otros. En ese juego intersubjetivo mediado por el lenguaje, los niños y niñas van ganando progresivamente un nivel de conciencia que les posibilitará pensar y conocer críticamente ese cúmulo de situaciones conflictivas, de violencia, exclusión, pobreza y enfermedad. En el decir de los actores sociales, la toma de conciencia de los niños en los programas de promoción, se logra en la medida en que se les provean experiencias para recibir y compartir información, se les ofrezcan espacios de reflexión relacionados con temas de salud y enfermedad, pues solo así, con experiencias continuas, sostenidas, voluntarias, gratificantes y reflexivas será posible que los niños y niñas se forjen en el desafío de su propia posesión como sujetos:

Todas las charlas, talleres y actividades que hemos hecho con los niños han posibilitado que ellos tomen conciencia de lo que por ejemplo deben comer. Esa toma de conciencia es un primer nivel de participación muy importante para los niños y aunque es cierto que en los programas de Salud al Colegio los niños no están empoderados, los primeros niveles de participación son importantes para llegar al empoderamiento que es un nivel final de la participación (Maestra, 001, Caso 1).

Desarrollo de la autonomía: los múltiples ejercicios de participación ayudan a los niños a desarrollar su pensamiento crítico y el conocimiento del mundo que los rodea. Esto deriva en el desarrollo progresivo de su autonomía, la que a su vez se constituye en el elemento esencial para asumir posturas ante el mundo dado. La autonomía del sujeto es pues esa fuerza interior que se expresa en la necesidad humana por desplegarse desde sus múltiples posibilidades para transformar ese

mundo dado, consiste en actuar el mundo y sus circunstancias sin quedar atrapados en el conocimiento objetivado o en los significados que moldean el contexto.

Se ha creído que participación es reunir una cantidad de gente en un espacio para escuchar lo que otros tienen que decir sobre un tema, se ha creído también que es una oficina a la que una persona va a poner quejas y hacer reclamos. Estamos confundiendo la participación con la oficina de atención al usuario. Así lo venimos trabajando con los niños, no creo que podamos hablar de participación infantil si nosotros no hemos participado. Creo que tenemos ciertos niveles de participación en salud por parte de los escolares y esos niveles básicos han partido de la toma de consciencia, así lo hemos logrado con acciones concretas en medio ambiente. Los niños y jóvenes empiezan a entender que el tema medioambiental no se reduce a botar la basura en las canecas que corresponden, sino que va más allá porque necesitamos estar informados, apropiarnos de los conocimientos y tomar decisiones para ejecutar acciones que logren una verdadera transformación. Para mí la información y apropiación del conocimiento tienen que ver con lo promocional y la decisión para la acción tiene que ver con lo preventivo y ambos elementos son definitivos para pensar en la transformación que para nuestro caso es el desarrollo de hábitos saludables (PS, 060, Caso 3).

La colaboración de los adultos: la participación de la infancia no se produce en el aislamiento de los niños y niñas del mundo social adulto. Se requiere del trabajo colaborativo entre niños y adultos para lograr que la participación infantil tenga los efectos deseados. Algunos autores (Conde, 1998; Toro, 1998) han planteado que la exclusión de los adultos del mundo de los niños es una clara muestra de la conducta irresponsable que asumen aquellos sobre la base de la idea del desarrollo natural de los niños, pues es posible entrar en procesos colaborativos sin oprimir, manipular o reprimir.

Yo creo que todo ha ayudado un poquito porque los niños con siete u ocho añitos ya protestan, no se trata de venir y decir oigan, vengan, expérense, sino que

el fenómeno de la participación debe ser entendido como un proceso que requiere la transformación de condiciones para poderla favorecer y lo primero es que todos y cada uno debemos sentirnos parte del problema, necesitamos estar comprometidos para encontrar la solución a los problemas de salud (Maestras, GF, Caso 2).

Aunque en algunos maestros y profesionales existe cierto nivel de conciencia sobre lo que significa la participación infantil para el control sobre la salud y calidad de vida, es indudable que en el contexto educativo y de salud, los niños y niñas tienen un nivel de participación que no sobrepasa el básico. En estas condiciones, difícilmente se puede promover el desarrollo de una forma de pensar crítica y autónoma frente a las problemáticas sociales que amenazan y afectan a los niños y niñas de estos contextos pobres. Adicionalmente a las condiciones que colocan la participación en un nivel básico de ejercitación, los niños y niñas expresan una gran *desilusión* frente a las posibilidades que se les ofrece para participar. Ya han aprendido que la participación es un discurso momentáneo que ha tenido como antecedente el incumplimiento de los adultos para iniciar, mantener, sostener y concluir estos ejercicios en beneficio de los niños. A pesar de estas experiencias sus condiciones reales de vida siguen siendo las mismas.

Se inscriben muchos estudiantes pero a la hora de iniciar con los talleres de habilidades para la vida participan muy pocos y al indagar más allá con estos participantes encontramos que quienes permanecen son aquellos que tienen dentro de su proyecto de vida realizar carreras universitarias relacionadas con la salud como medicina, enfermería y nutrición especialmente. Esto nos muestra que a los niños no les interesa mucho participar y creo que eso está relacionado con la idea de que se les promete mucho pero a la hora de la verdad los niños no obtienen nada (PS, 059, Caso 3).

Como estrategia de aprendizaje para la participación infantil, a veces se trata de llevar a los niños y sus padres a los encuentros de participación ciudadana, pero la mayoría de las veces los padres se niegan a asistir porque dicen que eso ya lo han

escuchado, que siempre dicen lo mismo y que es una perdedera de tiempo. Bajo esta influencia del adulto, los niños empiezan a expresar lo mismo, cierta incredulidad por los procesos participativos máxime cuando los niños son utilizados por otros para obtener información pero sin que se muestren resultados concretos. Por ejemplo, al colegio llegan muchos investigadores que quieren buscar información pero finalmente el niño se siente utilizado porque no encuentran respuesta a lo que se les promete (PS, 063, Caso 2).

7.2 El concepto contemporáneo de la niñez

Son más de 23 años luego de la promulgación de la CDN y aún se considera que no están dadas las condiciones sociales para que los niños y niñas puedan disfrutar plenamente de sus derechos. Mi tesis central en este trabajo investigativo sostiene que existen resistencias a la participación infantil y que ellas son la consecuencia de la instalación de subjetividades que hacen pensar en los niños como sujetos que se encuentran *en proceso* de crecimiento, desarrollo y maduración. La consideración de los niños como sujetos en proceso, vehicula una serie de predicados que son atribuidos al ser niño. Ontológicamente les corresponde a los seres niños la incapacidad, la irracionalidad, la incompletud y la vulnerabilidad, y son estos atributos los que favorecen la construcción de contextos que privilegian las relaciones asimétricas en las que los adultos adoptan posturas y herramientas de vigilancia, control y disciplinamiento sobre los niños.

Resulta paradójico que en una época de grandes avances científicos, tecnológicos, teóricos e instrumentales, las condiciones de vida de los niños y niñas, particularmente de los más pobres, no sean las mejores por cuenta del pensamiento hegemónico sobre la niñez, pues es éste el oficialmente aceptado, el abiertamente asumido, el aparentemente tolerado. A través de las narrativas de los actores sociales, se constata la instalación de subjetividades que sugieren a la niñez como una etapa de la vida biológica en la que el sujeto se encuentra en proceso de

construcción como ser social, político, económico y cultural, lo que exige su vigilancia, control y disciplinamiento:

Es increíble cómo los niños responden a la disciplina impuesta por las maestras. Conocemos una profesora de este colegio que con solo hacer un palmoteo los niños se quedan sentados, estén haciendo el ruido y desorden que estén haciendo, ante el palmoteo se quedan quietos, callados (PS, 063, Caso 2).

Este sistema educativo tan rígido tiene una intencionalidad política que no es otra que construir la sociedad que responda a los intereses de los sectores poderosos y la idea hoy es desarrollar, con un sistema rígido, la capacidad de los individuos para ser autónomos, suena contradictorio pero finalmente ser autónomo es hacer lo que se espera de uno, por eso creo que el tema de la participación debe ser matizado (Maestra, 017, Caso 2).

El significado de la categoría moderna de niñez, hace parte de un complejo sistema que articula piezas para construir un proyecto final. Por un lado, la niñez aparece bajo el modelo de la familia nuclear, es decir, de ese grupo social primario conformado por padres e hijos, que responde adecuadamente al nuevo sistema económico del capitalismo industrial. En efecto, la familia nuclear asume como estructura básica de la sociedad y presenta al niño como eje articulador de su estructura. En ese sentido, el rol de los padres gira en torno a los hijos, en quienes invertirán económica y afectivamente para su crianza, cuidado y protección. Por el otro, la niñez aparece como parte central de la escuela como la conocemos hoy, pues allí los maestros asumirán el aprendizaje y la educación de los niños y niñas a través de una pedagogía impregnada de técnicas disciplinarias que exigirá la formación de esos seres, cuya naturaleza los hace aún irracionales, inmaduros e incapaces. Así se advierten estas afirmaciones en las narrativas de los maestros y profesionales del programa:

Los niños por lo general son inquietos, esa es su característica, a veces son muy necios y eso hace parte de su estructura como personita, por eso nosotras debemos trabajar todo el tiempo valores y comportamientos, con cada uno de ellos, porque si no se hiciera eso y solo dictáramos las clases de matemáticas, lenguaje y ciencias, no podríamos esperar nada de los niños porque ellos no tienen la capacidad suficiente para autoformarse en temas que no están contemplados en nuestro currículo, hay que darles otras clases para que maduren y den lo que deben dar como personas útiles para la sociedad (GF-Maestras, Caso 3).

Los niños son personitas que tienen necesidades, que requieren de la ayuda y acompañamiento del adulto, es un ser en proceso pequeño, inmaduro, improproductivo, que requiere de atenciones especiales, por su propia condición de inmadurez (Maestra, 006, Caso 2).

Yo creo que a lo largo del tiempo se ha querido propiciar la participación de los niños en el programa Salud al Colegio y creo que ha habido voluntad política pero lo que ha faltado es sensibilizar a los adultos en relación con el tema de la niñez y de la participación infantil porque hay unos presupuestos que nos impiden creer en los niños y dar valor a lo que ellos proponen. Me parece que antes teníamos más claridades y hoy en pleno 2012 siento que nos estamos enredando con cosas que ya eran claras como el tema del territorio, de la calidad de vida, de las respuestas integradoras y esas dificultades también nos impiden avanzar en temas como el de la participación infantil, pero no es solo eso, con el cambio de administración distrital todos estamos en espera de las nuevas indicaciones y sabemos que ya no vamos a trabajar por ámbitos sino por territorios pero ya estamos terminando el primer trimestre del año y no hemos arrancado nuestro trabajo en los colegios (PS, 061, Caso 3).

Relacionadas con esta idea moderna de niñez, aparecen otras concepciones que muestran por ejemplo a los niños como seres fugados de la realidad, sujetos

fantasiosos que con frecuencia recurren a la invención, seres que confunden la realidad con la fantasía, por tanto, no es posible dar crédito a sus interpretaciones.

Porque hay veces son cosas que los niños dicen y que no son, no hay que pararles bolas, como hay casos en los que es verdad y uno ya no les cree. Pero falta mucho para darle total credibilidad a lo que dicen los niños y eso les resta posibilidades para participar realmente. Como dar credibilidad a la participación de los niños en esas circunstancias?, no es posible, ellos están pendientes del juego, no les importa lo que sucede a su alrededor, la participación infantil está bien como ejercicio pero nada más (Maestra, 004, Caso 1).

En la cotidianidad seguimos pensando en los niños como seres que no piensan, continuamos creyendo que ellos viven en la fantasía y por ello no se les ha dado la posibilidad para tomar decisiones pero creo que los niños, sobre todo los de hoy, son muy activos, muy despiertos y debemos dejar que ellos tomen sus propias decisiones las cuales deben estar acordes con su edad y su proceso de crecimiento y desarrollo, a través de las experiencias de participación ellos van ganando en seguridad y en capacidad para decidir. Yo creo que ese concepto que seguimos teniendo sobre los niños nos obligan a pensar que no podemos basar las políticas en lo que los niños dicen porque ellos fantasean y viven en el juego (PS, 060, Caso 3).

En la perspectiva del adulto promedio, se desconoce que la fantasía de los niños es una forma distinta de mirar al mundo, es un recurso humano para transformar la realidad a partir de la mezcla de imaginación y emoción. En este punto, el trabajo colaborativo del adulto toma valor, pues es con su ayuda que la fantasía puede ser utilizada como un instrumento positivo que coloca a los niños en un lugar privilegiado, aquel en el que es posible aumentar la experiencia humana sin quedar atrapado por el estrecho círculo de lo construido. Ese lugar de expansión de la experiencia humana, es tal vez, el que muchos filósofos y científicos sociales han buscado y al que llaman de diversas formas: en Zemelman realidad excedente (2005) y en Mignolo (2003) y Trías (1999) espacio fronterizo.

Pero aún habitando el mundo de la fantasía, los niños y niñas demuestran una gran capacidad de control para volver y estar en la realidad en la que viven con sus familias y comunidades. Ellos se interesan por las problemáticas sociales, políticas, económicas y culturales, y desde sus capacidades y condiciones, formulan opiniones y discuten sobre múltiples temas relacionados con su realidad social. En efecto, los niños y niñas no pueden ser extraídos de las estructuras y dinámicas sociales, pues esa es su vida, de la que muestran una gran sensibilidad y preocupación por lo que acontece, a pesar del interés de los adultos por mantenerlos al margen:

La vida de los niños no está enmarcada solamente en lo lúdico, es decir, el juego es un aspecto importante en la vida de los niños pero no lo es todo, el niño tiene y vive su realidad y él sabe qué sucede a su alrededor y si no lo sabe averigua y escucha a quien le quiera hablar sobre lo que él necesita, el niño sabe y conoce sobre la violencia en casa, sobre drogadicción, y a pesar de ello, nosotros los adultos nos negamos a creer que son conscientes y creemos que la única forma de aproximarnos a ellos es a través del juego (Maestro, 018, Caso 1).

El pensamiento sobre los niños como sujetos en proceso, remite a entenderlos también como seres cuya base biológica y psíquica está incompleta, su ser está definido por lo aún no acabado, es decir, los niños no son percibidos como iguales a los adultos, pues éstos son considerados completos en su corporalidad y racionalidad. Es desde esta tradición que las políticas y programas de protección de los niños y niñas colocan el énfasis, ya que dada su condición connatural de *incompletud* conforman un sector social que no puede valerse por sí mismo y por ello se asume vulnerable.

Pienso que los niños están en proceso porque para alcanzar la madurez necesitan experiencias, la inteligencia está ahí y la van desarrollando en la medida en que también desarrollen la capacidad para resolver problemas. Si yo los pongo a crear seguro que algo interesante hacen porque son muy creativos, aprenden con

mayor facilidad y tienen mejor memoria que los adultos. En los colegios son los adultos los que frenan procesos cuando se niegan a enseñar lo que los niños necesitan (PS, 009, Caso 1).

No se está mirando a los niños en su presente, en sus necesidades de hoy, seguimos mirando a los niños como se los miraba antes, como sujetos vulnerables que están para ser protegidos, solamente para darles, para prestarles servicios de nutrición, alimentación, solamente para darles, pero no creemos que los niños sean capaces de darnos algo, eso lo percibí en una reunión que tuvimos con la gente de Salud al Colegio. Miramos a los niños como si estuvieran en condición de discapacidad, como si les faltara algo, las políticas están montadas bajo esa idea, son sujetos receptores de muchas cosas, pero no esperamos nada de ellos, les exigimos muy poco porque creemos que están ahí, en un proceso, que culmina en lo que pensamos es un futuro lejano, allá en el horizonte, y tal vez por eso creemos que tenemos tiempo, creemos que no hay afán, no hay urgencia, los niños pueden esperar porque hay tiempo para ellos, es a nosotros a quienes se nos agota (GF-Maestras, Caso 1).

La niñez también es vista como una etapa de pureza e inocencia. Para algunos maestros y padres de familia, los niños y niñas representan un regalo divino, son ángeles del cielo dotados de bondad que vienen a iluminar la vida de los adultos.

Creo que los niños de hoy son más activos, más creativos, no se comen entero lo que se les dice, hacen muchas preguntas y todo lo quieren saber. Me parece que hoy se les da más información de la que necesitan y eso resulta contraproducente porque dañamos su inocencia, su ternura y ellos deben vivir su etapa como niños, no necesitan saber más de lo que su edad les debe permitir (Maestra, 013, Caso 2).

Los niños son seres humanos que de acuerdo al rango de edad en el que se encuentren tendrán un nivel de maduración diferente, cada uno de ellos con sus

propias potencialidades que deben ser identificadas, trabajadas y contextualizadas para lograr unos niveles adecuados de maduración, pero como los niños que tenemos tienen unas características sociales particulares, casi ninguno recibe la estimulación adecuada para hacer de ellos seres socialmente competentes. Si logramos una adecuada estimulación y acompañamiento podemos obtener una gran cantidad de material que puede ser utilizado en su propio beneficio, el de su familia y el de la comunidad. Los niños de hoy están expuestos a mucha información pero a pesar de ello siguen siendo seres sencillos, sinceros, afectivos, inocentes, que requieren de mejores adultos a su lado para desarrollarse como personas útiles (Maestra, 011, Caso 3).

Matizando las anteriores concepciones, también se encuentra en el pensamiento de algunos maestros entrevistados la idea sobre la *peligrosidad* de los niños, en efecto, en ocasiones son definidos como seres salvajes que deben ser domesticados, que tienen una gran habilidad para mentir, para torcerse y dañar a los otros iguales con sus perversidades:

La idea que tenemos sobre los niños no nos permite liberarlos del todo para que sean reconocidos en la totalidad de su dignidad humana y en congruencia con los derechos que tienen. Los niños aún no pueden asumir el control de sus propias vidas y requieren del apoyo y la colaboración de los adultos por eso el compromiso que tenemos nosotros es grande, porque estar con los niños cinco horas no es fácil, uno sabe que son niños y que como tal son problemáticos, no dejan de haber cuatro o cinco que son más agresivos que los otros, pero en general ellos se golpean, se empujan, se dan puño [...] a ellos no los puede uno dejar solos porque se vuelven terribles, empiezan a gritar, saltar, se pegan, se tiran cosas, ellos necesitan un policía constante, porque esa es su naturaleza, es una reacción innata, cada rato le dicen a uno es que él me tocó, es que él me hizo y ahí no lo dejan a uno hacer nada, cuando uno quiere ver una película no lo dejan, en el salón es lo mismo, pero para mí esa es la naturaleza de los niños (Maestra, 005, Caso 1).

En suma, es evidente que el concepto moderno de niñez en el imaginario social contemporáneo no se exhibe puro u homogéneo. En las narrativas de los actores sociales aparecen ciertas mixturas, una variedad de ideas imbricadas con el concepto prevalente que incluso resultan contradictorias. Esta realidad puede ser explicada por la confluencia de construcciones sociales procedentes de sujetos marcados por sus orígenes culturales, geográficos, sociales e ideológicos y genealógicos. En efecto, *ser niño* no tiene la misma significación en el ámbito urbano que en la ruralidad, con seguridad *ser niño* en la cultura costeña colombiana tiene unas implicaciones diferentes a las de *ser niño* en la cultura cundi-boyacense, *ser niño* pobre tiene unas representaciones que difieren a las de *ser niño* rico, más aún, *ser niño* no tiene la misma significación para los diferentes miembros de una misma familia.

A la luz de estas argumentaciones es preciso señalar que, a través de las narrativas de los actores, se evidencia la coexistencia de concepciones sobre la niñez que resultan duales. Aunque se piensa en los niños como sujetos en proceso, también se los ve como *adultos pequeños*, solo basta cambiar de espacio físico o grupo social para significar la niñez. En efecto, una vez los niños abandonan el espacio escolar y llegan a su hogar, su significado como sujetos en proceso se diluye para dar paso a los niños como adultos pequeños que deben asumir su responsabilidad como proveedores económicos del hogar, cuidadores de otros o trabajadores domésticos.

Nuestro pensamiento es desde la pedagogía y la pedagogía no concibe al niño como un adulto sino como un ser que está en construcción, que necesita vivir unas etapas de la vida para ir construyendo su base biológica y psicológica que le permitirá adaptarse al medio en el que le tocó vivir. Pero la realidad lo que muestra es que estos niños, con estas características sociales tan particulares, son pensados como adultos en miniatura que no tienen tiempo para jugar, para fantasear, para imaginar porque su entorno lo mantiene en conexión con la realidad, le tocó nacer en un contexto familiar en el que está obligado a asumir y cumplir con labores

como el cuidado de sus hermanos más pequeños, la preparación de alimentos, el aseo de las viviendas. Estos niños no viven su etapa que les corresponde como infantes, con todo y la promulgación de los derechos de los niños, la realidad es que ellos trabajan por necesidad propia y de su familia, por mas campañas que existan en contra del trabajo infantil, por más que les ofrezcan subsidios condicionados para que dejen el trabajo y se vayan a estudiar, no pueden vivir como infantes. La infancia es una etapa en la que el niño debe estar interactuando con el mundo y con los otros para su aprendizaje, en la que pueda equivocarse y contar con un adulto que lo esté guiando, en la que disfrute el derecho a fantasear, crear, explorar el mundo para apropiarse de él, en la que tenga el derecho de ser encausado en normas sociales que más adelante le serán exigidas como la persona estructurada que tendrá que ser (Maestra, 017, Caso 2).

Empecé a notar que acá en estas capitales, porque yo vengo de provincia, que en estas capitales los niños tienen una niñez muy dura, les toca solos asumir responsabilidades que son de los adultos pero que éstos se las delegan, es decir, los niños de aquí deben dejar de lado su infancia, deben abandonar el juego, la diversión, la creatividad y la fantasía porque deben empezar a madurar rapidito para asumir el trajín del día que toca. Para los papás es normal que los niños lleguen del colegio y se pongan a hacer oficios como cuidar a sus hermanos pequeños, hacer el almuerzo, tener el lugar donde viven arreglado, cuidar a las mascotas, hacer mandados [...] bueno, una cantidad de cosas que deberían estar haciendo los adultos, los niños no tendrían por qué asumir esas responsabilidades, por eso no les queda tiempo para estudiar y hacer tareas y llegan al colegio cansados, sin haber abierto un libro para nada (Maestra, 056, Caso 1).

En ese sentido, no parece que se esté produciendo una desestabilización de las representaciones sociales sobre la niñez como lo asegura Runge (2008). Al indagar por estas representaciones, en el espacio público sigue predominando el concepto moderno establecido y en el espacio privado lo que se advierte es que los niños y niñas asumen diversos roles que se alejan de lo socialmente esperado, dando

lugar a otras concepciones que se derivan del concepto moderno, y a ideas contrarias que han marcado otras épocas de la historia de la humanidad. Como he dicho, hoy prevalece una forma de entender la niñez que orienta la formulación y activación de políticas y programas de protección integral que dejan de lado aquellos niños y niñas que no se ajustan a la concepción aceptada, ese es el caso particular de los niños que se ven obligados a trabajar.

Mi hijo es un ser pequeño, que necesita de mí para protegerlo y ayudarlo a crecer, es una personita que muchas veces no entiende las cosas y por eso no puede medir las consecuencias, pero a veces me toca dejarlo solo en la casa porque yo tengo que trabajar. Trato de dejarle todo listo pero para que no coma frío él debe prender el fogón y calentarse el almuerzo [...] claro que me da miedo, pero hasta ahora no ha pasado nada. Él aprende rápido y ya sabe manejar muchas cosas de la casa. Sabe que cuando llega del colegio debe encerrarse en la pieza y no abrirle la puerta a nadie. Y mire cómo es de inteligente, así de chiquito y cuando me enfermé, él era el que me cuidaba, me alcanzaba los remedios, me hacía el agua de panela con limón y no hacía ruido para que yo pudiera dormir (GF Padres, Caso 2).

Sí, los niños de hoy son inteligentes, pero no todas las decisiones que toman van a ser asertivas porque la inteligencia es diferente a la madurez, la capacidad de pensar que a pesar de que algo no me guste es necesario hacerlo no está en los niños, ellos solamente se dedican a lo que les gusta, lo que no les gusta pero es bueno no lo consideran, o si no, mire el trabajo que nos cuesta que se cepillen los dientes tres veces al día, ellos van adquiriendo esa madurez con el paso de los años y así aprenden a tomar decisiones asertivas y si las condiciones de vida les favorecen ese desarrollo, porque sabemos y conocemos niños que tienen más de cuarenta años. Me refiero a la capacidad que tienen para resolver problemas y para crear cosas, los niños de ahora, o por lo menos los que están en las condiciones sociales de los que tenemos aquí, son niños que no tienen esas capacidades para resolver problemas y creo que de alguna manera han perdido la capacidad para crear porque todo lo que se les ofrece ya está construido, el niño ya no tiene casi juegos

de armar, de recortar y pegar, actividades que alimenten su imaginación y su capacidad creativa (PS, 009, Caso 1).

Existen pues, algunos indicios que muestran las transiciones de las representaciones sociales sobre la niñez. Sin que se produzca un abandono de la perspectiva moderna, empiezan a surgir nuevos significados en los que los actores sociales reconocen ciertas capacidades en los niños y niñas. Estos significados dan cuenta del proceso de instalación en el pensamiento colectivo de nuevas subjetividades relacionadas con la niñez que, aunque se sigue suponiendo como una etapa de crecimiento y desarrollo, deja en evidencia el desplazamiento hacia una forma de pensar en la que tienen cabida las capacidades de los niños y niñas para participar en determinadas circunstancias. En una lógica de mercado en la que mantener los niveles de producción y ganancia dependen del consumo de los sujetos, es necesaria la activación del deseo para satisfacer necesidades creadas. Desde este razonamiento, la niñez aparece como pieza clave en la sociedad de consumo, de manera que el concepto es resignificado para que los niños y niñas abandonen las instituciones tradicionales y entren a conquistar el ámbito de lo social, cultural y económico. En efecto, los adultos empiezan a reconocer una relación casi natural entre los niños y los medios de comunicación masiva como la televisión, los teléfonos móviles y el Internet a través de los cuales demuestran grandes capacidades en la elaboración de blogs, interacción en redes sociales, etc. La capacidad de dominio que los niños exhiben por la tecnología y virtualidad es pretendida por los adultos:

Tenemos que buscar otras formas de dirigirnos a los estudiantes porque o si no nos van a apabullar, uno se da cuenta con los profesores nuevos que están entrando y que vienen formados con enfoques que yo diría que ya han caducado. Los niños y muchachos que tenemos hoy son muy hábiles en el manejo de la multimedia, a ellos todo les entra por el oído y la visión, por la expresión corporal, en general por su cuerpo, ya no les interesa escribir, no les gusta tomar apuntes, son poco amigos de los libros, les gusta todo aquello en lo que el cuerpo parece

transportarse de manera íntegra [...] ellos tienen otras perspectivas (GF-Maestras, 018, Caso 1).

Yo admiro mucho a los niños de ahora porque tienen mucha facilidad para enfrentar la tecnología, yo me quedo aterrada de mi nieta por ejemplo que tiene nueve años y me hace todo lo del computador porque yo no soy capaz, tengo que depender de ella para hacer cosas con el computador, ella me lo abre, me lo desbloquea, me encuentra los íconos que yo no encuentro, todo, es mi mano derecha en cosas relacionadas con el computador. Ahí es donde uno piensa bueno, quien le enseña a quién? Y en el colegio me pasa algo parecido, cuando tengo problemas en el salón con algún computador, llamamos a Andrés que es un estudiante muy pijo en esos de los computadores, él lo desvara a uno, se ha vuelto como el técnico de sistemas en el colegio (Maestra, 057, Caso 1).

Aunque en el campo de la salud estas transformaciones no son tan visibles, los marcos teóricos que soportan la salud pública pretenden la participación infantil como una estrategia para empoderar a los niños y niñas en los asuntos relacionados con su salud. De ahí que el discurso conectado con el derecho de los niños a la salud, es hoy objeto de una verdadera lucha política que coloca a la salud como un bien y un servicio deseado.

7.3 Inadecuada apropiación del discurso de los derechos

Desde una perspectiva genealógica, se ha podido constatar que el discurso de los derechos humanos, como marco general de los derechos de los niños, nace con un defecto estructural relacionado con la *ausencia de un contenido teórico*, que le asegure el soporte adecuado para su incidencia positiva. Aunque son muchos los intentos por consolidar una teoría que ayude al fortalecimiento del discurso de los derechos humanos y en consecuencia a la efectiva operacionalización de su articulado, el estado del arte sobre el tema, ha mostrado que es muy poco el avance en su teorización. Así lo asegura Hoyos y col. al decir que “la conceptualización

sobre el enfoque basado en derechos ha sido un proceso tardío, solo es hasta la década de los años noventa que surgen esfuerzos reales por darle contenido teórico a éste y por supuesto definir sus elementos constitutivos” (2011, p. 10).

El enfoque de derechos tiene entonces una génesis normativa en el marco internacional de los derechos humanos y una génesis práctica en la lucha de las comunidades por la reivindicación de sus derechos (Belda y Boni, 2012), pero ninguna de estas vías encuentra el componente teórico necesario para intentar una adecuada articulación. Y si desde su esencia, el discurso de los derechos carece de un eje central e integrador con cada uno de sus componentes, es de suponer que exista una gran distancia entre lo que se dice y lo que se hace con respecto a los derechos, particularmente con los que corresponden a los niños y niñas. En efecto, los actores sociales de la investigación, incluidos los niños y niñas, aseguran conocer globalmente el tema de los derechos aunque en la práctica cotidiana éstos no se vivan plenamente.

Todos aquí hemos escuchado hablar sobre los derechos de los niños y desde las secretarías de salud y educación parece haber interés, pero la teoría choca con la realidad porque muchas veces por atender el derecho de uno se violan los derechos de los otros, sobre todo cuando los grupos que manejamos superan los 45 niños. En el colegio tratamos de ir incorporando poco a poco el tema de los derechos y particularmente la participación, hemos tratado de aprovechar que en los colegios públicos existe el Concejo Directivo en el que por ley deben participar los estudiantes, también existe el comité de democracia y el comité de Salud al Colegio al que pertenecen niños y jóvenes muy pilos. Pero los mismos niños que están en estos comités se estrellan con la realidad cuando convocan a sus compañeros y se dan cuenta que es poco lo que pueden lograr porque existe desinterés o participan de manera negativa, es decir, abusando del poder que puedan ganar. Los niños y jóvenes que trabajan en este programa tienen claro que su trabajo es cuidar al otro, al medio ambiente, a sí mismo pero no logran muchas cosas. Una cosa es lo que dicen los documentos y otra cosa es la realidad de los niños (Maestro, 011, Caso 3).

La desarticulación entre la normatividad basada en el enfoque de derechos y la cotidianidad de los sujetos existe porque aquella se mantiene en un plano *meramente enunciativo* que le impide tocarse con lo vivido. Esta escisión entre la normatividad y la vivencia cotidiana se constituye en un factor en contra de la reivindicación del derecho a la participación infantil, manteniendo a los sujetos sociales al margen, replegados, constreñidos, apáticos por los asuntos relacionados con la exigencia de los derechos de los niños.

De la misma manera, se advierte un *profundo desconocimiento sobre el argumentado de la CDN* que, para el caso de los profesionales, no se supera con la vinculación al programa SAC y sus soportes teóricos. Los procesos inductivos para el personal profesional en este programa no incluyen temáticas o módulos relacionados con el tema de los derechos de los niños. Y aunque los profesionales deberían tener un acercamiento al tema con la lectura reflexiva de los documentos que orientan el programa, esta oportunidad se desvanece por cuanto los documentos no son explícitos en el tema de los derechos y menos aún en el tema de la participación infantil. En consecuencia, los profesionales no encuentran en los documentos el soporte teórico, el marco operativo, las formas, grados, espacios o mecanismos que les ayude a poner en práctica los procesos participativos con los niños y niñas.

Pues que tengamos alguna capacitación específica en el tema de los derechos de los niños no, pero las fichas técnicas y los lineamientos tienen como sustento teórico el enfoque de los derechos, es decir, no trabajamos el tema de derechos explícitamente con los niños, pero en todas las actividades que desarrollamos ahí están implícitamente. Por ejemplo, yo recibo capacitación sobre los derechos sexuales que están incluidos en los derechos humanos, pero no trabajo el tema de los derechos particulares de los niños, de hecho, no recibimos capacitación formal sobre este tema, aunque permanentemente nos están mencionando las diferentes leyes, pero se supone que cada quien debería saber, conocer y leer sobre el tema, es algo muy individual y así lo asumen los coordinadores y la SDS (PS, 009, Caso 1).

Al igual que los profesionales, los maestros tampoco muestran un adecuado conocimiento en el tema de los derechos de los niños. El único acercamiento que hacen al tema es a través de los documentos que orientan las acciones en el colegio y, como lo anoté en el capítulo cinco, los PEI y los MC no entran en diálogo textual directo con la CDN sino que utilizan el marco de los derechos a través de la Carta Internacional de los Derechos Humanos. Esto explica por qué los maestros suelen hablar de los derechos en general, pero parecen *desconocer los derechos particulares de los niños* y niñas tratados en la CDN.

En nuestro ámbito se desconoce mucho sobre las leyes y la normatividad relacionada con los derechos de los niños y tal vez por eso hay muchos abusos contra los niños, pero si hablamos de los padres, muchos no saben que existen leyes particulares para proteger a los niños, no han escuchado hablar sobre la Convención o la Ley de Infancia y Adolescencia y eso por supuesto impide que se respete al niño y que sobre él se sigan cometiendo una serie de abusos (Maestra, 006, Caso 2).

Son los maestros del área de sociales quienes asumen los contenidos teóricos relacionados con el tema de la democracia, ciudadanía, derechos y responsabilidades. En los grados cuarto y quinto de primaria se trabajan con los niños y niñas estos contenidos a los que se les da una orientación que *enfatisa en la participación política* y a su vez, ella reducida al acto de votar para elegir un representante. En las actividades escolares no existen otras oportunidades para tratar temas relacionados con los derechos particulares de los niños y es nulo el trabajo sobre el tema de la participación infantil en los diferentes ámbitos de la vida social.

Son los profesores del área de sociales los que manejan toda la parte de derechos de los niños, especialmente desde la democracia participativa, ellos son los que se encargan también de montar todas las actividades alrededor de las elecciones de personero, la conformación del comité escolar, la defensa de los derechos de los niños. Los profesionales de salud no son los únicos que manejan el tema de los derechos, ellos creen que nosotros no sabemos nada y vienen y nos hablan de algo

que ya dominamos, nos creen ignorantes en temas de salud y cuando uno los oye hablar en los talleres dicen cosas que uno ya maneja (Maestra, 057, Caso 1).

Para los maestros, el tema de los derechos de los niños se convierte en un asunto complejo. Desde su perspectiva, el abordaje que hacen los medios masivos de comunicación, aunque genera una gran sensibilización en la comunidad hacia el trato con los niños, también provoca una *interpretación inadecuada* por parte de los niños y adolescentes hacia el tema de sus derechos. Esta interpretación termina por quebrantar las normas que garantizaban el respeto de los niños y adolescentes hacia sus padres y maestros. Es en esta perspectiva, que los maestros consideran que por cuenta del tema de los derechos, los niños y adolescentes han sobrepasado los límites, han fracturado las líneas de autoridad y se han indisciplinado.

Me parece que el tema de los derechos de los niños ha dado lugar a mucho libertinaje, cuando un papá quiere reprender a su hijo, éste le sale con el temita de los derechos y lo amenaza con que lo va a denunciar por maltrato. Nosotros a los jóvenes ya no les podemos decir nada porque toman represalias contra uno, nos amenazan en nuestra integridad física, no nos dejan dictar las clases, se meten en problemas graves, consumen la droga que quieren, donde quieren y cuando la quieren, les da igual perder ocho materias. Creo que el tema de los derechos ha dañado mucho a nuestros niños porque han sido mal entendidos, los muchachos se creen autónomos, libres para hacer lo que les venga en gana (Maestra, 056, Caso 1).

No es fácil este tema de los derechos de los niños porque, solo para ilustrar, tuvimos el caso de una niña de once años en el colegio que estaba de pelea con sus papás y cuando fue la orientadora a indagar, la niña le dijo que sus papás le estaban violando sus derechos porque no le permitían tener una vida sexual activa con su novio, ella decía que quería tener relaciones sexuales y que se lo estaban prohibiendo, y que no entendía por qué se lo prohibían si ella ya era una niña madura, con necesidades sexuales, decía que ella era libre y que sus papás no podían intervenir en ese asunto (PS, 009, caso 1).

Pero también está el otro extremo y es que se ha interpretado de manera inadecuada el discurso de los derechos de los niños porque los jóvenes ante cualquier dificultad citan sus derechos como excusa para estar protegidos ante sus desmanes. Los padres nos dicen: profe se nos salió de las manos, ya no sabemos qué hacer con él porque ante cualquier llamado de atención nos amenaza con ir a la Comisaría de Familia, al Bienestar Familiar o llamar al 123 para denunciar maltrato ante la policía. Eso ocurre porque los niños están más informados que los papás y por eso éstos se sienten desarmados a la hora de imponer disciplina, sobre todo con los adolescentes (Maestra, 014, Caso 2).

Y aunque los derechos son connaturales a la humanidad de los niños, en la perspectiva de los maestros, éstos en realidad son concesiones que los adultos hacen para que los niños y niñas desarrollen también sus responsabilidades. En el decir de los maestros, *no es posible trabajar el tema de los derechos si no está anclado al de responsabilidades*, pues es de esta forma en que los niños y niñas van creando el verdadero sentido de la democracia: *mis derechos terminan cuando empiezan los derechos de los demás*. En este marco, los maestros consideran que los derechos no pueden ser adquiridos por el simple hecho de haber nacido en un territorio y tener una nacionalidad, los derechos se deben adquirir como retribución a los actos de responsabilidad que se tienen con los demás, con el entorno y con sí mismo.

En la jerga adulta es común decir que hay que darles a los niños, permitirles disfrutar sus derechos como si fuera cosa de permitir pues esa perspectiva desconoce que los niños de por sí tienen derechos, que son inherentes a su condición (Maestra, 014, Caso 2).

Es necesario que a la par de los derechos, los niños tengan también responsabilidades que por supuesto sean congruentes con la edad que tienen, con sus capacidades y con su desarrollo. Aquí en el colegio les decimos a los niños que si tienen el derecho a recibir un refrigerio para que crezcan sanos, también tienen la responsabilidad de comérselo, que si tienen el derecho a opinar, también tienen la

responsabilidad de escuchar, que si tienen derecho a la educación, tienen la responsabilidad de estudiar y ser mejores cada día, y que si tienen derecho a la salud tienen la responsabilidad de cuidar su cuerpo y su mente [...] (Maestra, 004, Caso 1).

En relación con los derechos de los niños a la salud, los maestros argumentan que deben ser tenidas en cuenta las respectivas responsabilidades. En efecto, los niños y niñas tienen la responsabilidad de asumir conductas no riesgosas, desarrollar habilidades para la vida y establecer una relación equilibrada consigo mismo, los demás y el entorno en el que vive:

Nosotros trabajamos con los niños el tema de los derechos a la salud, pero a medida que se trabaja el derecho, también se trabaja el deber porque el problema es que los niños tienen muchos derechos, pero no parecen tener deberes y por eso les inculcamos mucho la parte de tú tienes derechos pero también deberes (Maestra, 012, Caso 2).

Se les ha dado demasiada libertad y los niños saben que tienen derechos y alegan por ellos, pero por ejemplo, se plantea el derecho a la alimentación pero cuando se les da el refrigerio usted viera que casi no lo valoran y muchas veces no lo consumen. Tienen el derecho a la alimentación, pero deben tener la obligación de consumir el alimento y no botarlo, pisotearlo o jugar con él (Maestro, 013, Caso 2).

Yo creo que el tema de los derechos ya está un poco desgastado pero lo tenemos que continuar porque nos amonestan por no seguir los lineamientos. En el tema del derecho a la salud mental por ejemplo, los niños tienen el deber de desarrollar habilidades como la tolerancia, el respeto por el otro que es diferente, el reconocimiento del otro (Maestra, 016, Caso 2).

Aunque en los actores sociales predomina un conocimiento global sobre los derechos, los niños y niñas, en comparación con sus padres, tienen un mayor

dominio sobre el tema. El escaso acercamiento que tienen los padres al tema de los derechos se debe a su baja participación en actividades escolares programadas para ellos, en las que se desarrollan temas relacionados con los derechos. Y aunque los niños y niñas no reciben una adecuada formación en el tema de los derechos, cada vez más los reclaman. Es frecuente que los adolescentes utilicen el discurso de los derechos como único recurso para reclamar ante los ataques físicos y verbales, pero este no es el caso de los niños más pequeños quienes aún sufren agresiones ante las cuales no tienen posibilidad de réplica.

Los escolares cada vez más reclaman sus derechos a diferencia de los adultos que no los exigen. Esto ocurre porque los niños están más informados sobre el discurso de los derechos que sus propios padres porque tienen acceso al tema por diferentes fuentes, pero los padres como casi no asisten a los talleres que se les programa, no conocen sobre el tema y por eso terminan siendo susceptibles a la hora de imponer disciplina (PS, 021, Caso 3).

Desde la perspectiva de otros maestros, el discurso de los derechos de los niños antes que ser objeto de inadecuadas interpretaciones, penetra cada vez más el pensamiento de la sociedad contemporánea, de manera que su poca visibilidad es debida a la inmadurez de los procesos que aún impiden una clara y adecuada expresión de los niños y niñas.

Yo no creo que los derechos se hayan ido al otro extremo, simplemente en una sociedad que se construye como democrática, los procesos de participación también están en construcción, se están dando con la rapidez o lentitud necesarias. Es necesario dejar madurar los procesos (Maestra, 016, Caso 2).

En definitiva, los actores sociales consideran que el tema de los derechos es otro discurso más de los tantos que han llegado a los espacios escolares intentando trascenderlo. Sin embargo, lograr esa trascendencia va más allá de un marco normativo, de la socialización de un articulado, es necesario poner en diálogo el

discurso con las condiciones contextuales que vehiculan diferencias sociales, económicas, políticas y culturales.

Me da la impresión que estamos invadidos por una serie de teorías, paradigmas y discursos pero la sociedad no ha sido preparada para recibir y utilizar todas estas herramientas y que logre manejarlas de manera adecuada y eso lo vemos con los padres, con los profesores y con los profesionales, no hay suficiente claridad, no hay empoderamiento y sin eso es difícil pensar en la participación infantil (Maestra, 014, Caso 3).

7.4 Significados sobre la promoción de la salud

Se ha señalado a la promoción de la salud como la estrategia más adecuada para mejorar las condiciones estructurales que determinan los modos de vida de la población, las condiciones de vida de los grupos humanos y los estilos de vida de los individuos que a la larga pueden impactar negativamente la salud de los sujetos. La promoción de la salud pretende el desarrollo de competencias para el manejo de los riesgos personales y colectivos, la participación social para la acción comunitaria frente a determinantes negativos y el trabajo interdisciplinar e intersectorial para ejercer abogacía y potenciar las capacidades sociales por la salud individual y colectiva. En ese sentido, no parece afortunado el *analfabetismo en el tema de la promoción de la salud* en el que se encuentran los actores sociales comprometidos con la promoción de la salud.

Por un lado, existe un desconocimiento general sobre los conceptos técnico-científicos y sobre la práctica misma de la promoción de la salud por parte del personal que tiene que ver con esta estrategia. Así lo sugiere Ippolito-Shepherd al decir que existen “[...] significativos conflictos entre los diferentes sectores y áreas de trabajo, resultantes del supuesto entendimiento (o no entendimiento) y de la supuesta responsabilidad gerencial de los conceptos técnico-científicos y de la práctica misma de la promoción de la salud y de la prevención y curación de la

enfermedad” (2010, p. 23-24). Y si bien, en los documentos que orientan el trabajo del programa SAC se realiza un acercamiento al componente teórico de la promoción de la salud y la estrategia promocional de salud y calidad de vida, la interpretación que se ha hecho de los elementos teóricos en el campo de trabajo, ha provocado un reduccionismo del discurso de la promoción hacia el desarrollo de talleres educativos relacionados con temas de salud. En efecto, no parece existir una apropiación adecuada de los elementos teórico-científicos y prácticos de la promoción de la salud por parte de sus protectores en el ámbito escolar que podría explicar el bajo impacto que produce cada uno de los componentes y sub-componentes del programa en este espacio.

Por otro lado, se advierte que la comunidad de las IED no está capacitada, ni educada en habilidades y competencias necesarias para promocionar y proteger su propia salud y la de su comunidad. Este desconocimiento supone que herramientas propuestas por el paradigma de la promoción como el fortalecimiento de la acción colectiva y la participación de la comunidad, entre ella la participación de los niños y niñas, se vean afectadas, expulsando a los sujetos y marginándolos de los asuntos relacionados con su salud e impidiendo el control real sobre sus propio bienestar y calidad de vida. En la perspectiva de los maestros por ejemplo, lo promocional tiene que ver con el desarrollo de talleres educativos que deben culminar en la transmisión de información y el aprendizaje de contenidos teóricos relacionados con temas de la salud. En ese sentido, el discurso de la promoción de la salud no está suficientemente elaborado en la comunidad educativa y ello lleva a que con frecuencia esta comunidad le exija a los profesionales del programa, desarrollar actividades asistenciales para enfrentar las necesidades de salud y los problemas ya instaurados.

Particularmente los maestros consideran que la promoción de la salud es secundaria cuando en la cotidianidad de la vida escolar, se presentan problemas de salud que afectan el adecuado desempeño académico de los niños y niñas. Son muy comunes las dificultades de aprendizaje, la disminución de capacidades visuales y

auditivas, los trastornos del desarrollo, los problemas nutricionales, las alteraciones mentales por maltrato y abuso, y el consumo de sustancias psicoactivas.

Me parece que no se debería omitir lo promocional porque es importante, pero como esta población de niños ya viene con problemas de salud, se debe agregar la parte de intervención porque por ejemplo nosotras tenemos muchos niños con dificultades de atención y no tenemos las herramientas para manejarlos y ponerlos al nivel de los otros niños. El papel que deben desempeñar los profesionales debe ser asistencial, eso es lo que nosotras esperamos, porque finalmente lo promocional lo podemos manejar nosotras, siempre hemos hecho promoción, mucho de lo que vemos que hacen los profesionales, nosotras lo venimos haciendo desde hace mucho tiempo, lo que nos interesa es que nos resuelvan el problema, con la participación o sin la participación del niño, pero que nos resuelvan el problema (Maestra, 008, Caso 1).

No hay mucho que los profesionales nos puedan aportar en este sentido, creo que dominamos muchos temas y eso nos hace competentes para asumir lo de promoción de la salud, los profesionales del programa que se dediquen a lo que les compete, a tratar todos los problemas de salud que tienen los niños (GF-Maestras).

Desafortunadamente los colegios tienen muchas expectativas con nosotros y son expectativas que no podemos llenar porque nosotros solo realizamos actividades de promoción y desde el comienzo les decimos cuáles son las actividades que vamos a realizar, hasta dónde llegamos y cuál es el otro ámbito que debe resolver los problemas de salud. Nuestros jefes son muy claros con nosotros y nos dicen que lo que tenemos que hacer es promoción de la salud y canalizar los casos de niños con problemas y asegurarnos de que reciban la atención por parte de su EPS o IPS, pero desafortunadamente estas empresas de salud nos colocan todos los obstáculos que usted quiera y no nos atienden a los niños (PS, 008, caso 1).

A nosotros nos entregan una remisión para llevar al niño a la EPS pero uno se cansa de tener que pedir permiso en el trabajo para ir a pedir cita porque o no se la dan, o se la dan bien lejos cuando el problema del niño ya se ha empeorado. Por ejemplo, para psicología la EPS solo autoriza tres citas y la psicóloga usa dos para hacer el diagnóstico y en la otra para iniciar el tratamiento pero ahí queda porque se acabaron las citas autorizadas, ese es un problema grave porque no tenemos más alternativa que nuestros hijos se queden así, con el problema (Padre de familia, 019, Caso 1).

El empoderamiento de los sujetos sobre los asuntos relacionados con su salud, depende en buena medida de una adecuada educación para la salud que integre no solo los aspectos cognitivos y metodológicos de los procesos de aprendizaje, sino también los aspectos afectivos e ideológicos de los sujetos, los cuales son susceptibles de ser expresados en actividades participativas, de intercambio y de relación con los otros. Es en este sentido que los actores sociales de los colegios consideran que el trabajo de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, pero sobre todo el de tratamiento y curación de problemas de salud ya instaurados en los niños y niñas, requieren del compromiso y la facilitación de múltiples sectores sociales que tienen que ver con los asuntos de la salud de los individuos y la comunidad.

Sin embargo, lo que señalan los actores sociales, es que no existe una verdadera articulación entre las disciplinas, así como tampoco entre los sectores, pues cada quien actúa de acuerdo a sus propias consideraciones sin que se produzcan acciones concertadas o sinergias en favor de la salud de los niños.

Los profesionales del programa por ejemplo, asisten a los colegios que les son asignados, realizan los talleres educativos de promoción de salud planeados, atienden las solicitudes de los maestros en relación con los niños y niñas que requieren atención y tratamiento, diligencian las respectivas remisiones e informan a los maestros sobre la necesidad de comunicar a los padres de familia para que

lleven a sus hijos a las EPS respectivas. Por su lado, las EPS hacen caso omiso de las remisiones realizadas por los profesionales y no acogen los requerimientos en salud de los niños y niñas, de manera que obstaculizan al máximo la atención solicitada por el personal de salud.

Por su lado, los padres de familia no cuentan con el tiempo suficiente para actuar de manera diligente frente a las condiciones de enfermedad de sus hijos, y los maestros deben continuar con los niños y niñas enfermos durante buena parte del año escolar. Ningún actor comprometido con la salud de los niños y niñas realiza algún tipo de seguimiento que garantice avanzar sobre las condiciones de enfermedad identificadas, así como tampoco se establece una comunicación efectiva entre las partes.

Así pues, la comunidad educativa considera que el trabajo interdisciplinario e intersectorial tanto en los programas de promoción de la salud, como en la atención y tratamiento de las enfermedades, es esencial para lograr y mantener la salud de los niños y niñas. Sin embargo, la comunidad educativa valora más el trabajo asistencial que el trabajo promocional, en tanto los maestros saben que los niños y niñas de sus IED ya tienen problemas de salud:

Los componentes o programas de promoción mueren con la entrega que hacen los profesionales de la remisión. Una vez el profesional hace la remisión del caso de algún niño, nosotras les firmamos las fichas para que ellos demuestren que hicieron su trabajo y sobre eso los evalúen, pero con la remisión no se resuelve la situación del niño y eso en Salud al Colegio no lo han entendido. Como ve, nunca importa lo que pasa con el niño, y ahí entonces qué importancia puede tener que los niños participen o no? Pero además, cómo se puede participar si se está enfermo?, no requieren los niños de todas sus habilidades y capacidades para hacerlo? Con qué ganas puede participar un niño si no ve?. En condiciones como las que nosotras todos los días enfrentamos la verdad es que la participación de los niños poco importa, primero está resolverles sus problemas. El año pasado teníamos niños con

problemas cognitivos, los profesionales remitieron algunos a sus respectivas EPS pero los padres de familia no vinieron cuando fueron citados, esos casos se quedan así, no se tratan y al año siguiente uno recibe los mismos niños con los mismos problemas pero más profundos y eso en el mejor de los casos porque en el peor, los padres retiran a los niños del colegio por la molestadera de la profesora. Ese fue el caso de Felipe, nosotras hablábamos con la mamá para que no le pegara, para que lo cuidara, para que le diera mucho amor porque el niño ya estaba afectado en su salud por las golpizas, pero aun así tuvimos que cargar con el niño maltratado todo el año, no valieron las denuncias, las citaciones, la presencia de la policía de menores y hoy no tenemos ni idea qué pasó con él, su mamá lo retiró del colegio [...] (Maestra, 002, Caso 1).

Existe entonces cierta renuencia de la comunidad educativa hacia la promoción de la salud como estrategia para ser desarrollada en el ámbito escolar. Esto significa que la participación efectiva y concreta de la comunidad y por lo tanto de los niños se ve afectada, pues aunque es el paradigma de la promoción el que propone el fortalecimiento de las personas, los grupos y las comunidades para tomar el control sobre sus propias condiciones de salud y vida, la poca credibilidad de la que goza la promoción de la salud, impide una auténtica implicación en las acciones propuestas por los profesionales. En efecto, prescindir de la estrategia de promoción de la salud implica disminuir la capacidad de los niños y niñas para estar informados, tomar decisiones y realizar acciones que permitan mantener un adecuado nivel de salud y con él potenciar todas las capacidades individuales y colectivas para asumir como sujetos constructores de su propio mundo:

Finalmente hemos acordado que los profesionales de salud vengán cada mes al colegio y así puedan estar pendientes de que los niños que tienen que ir a sus EPS vayan, de controlar los problemas de caries, hacer la fluorización, administrar el sulfato ferroso, seguir el estado nutricional de los niños y continuar manejando las charlas y talleres relacionadas con salud. Aunque los profesionales del programa están tratando de incorporar a los niños en las actividades realizadas, muchas veces

es difícil porque las condiciones sociales de los niños les impide que puedan llevar a cabo las recomendaciones en la casa. Finalmente, quien toma las decisiones en el hogar es el padre o la madre y aunque el niño tenga qué decir, su palabra no es la última. Un niño puede tener la intención de cepillarse los dientes como aprende en el colegio, pero qué puede hacer ese niño en la casa para cuidar sus dientes si a veces no hay plata para comprar un cepillo?, o lo debe compartir con las otras cinco personas de la familia? Eso por ejemplo no se sabe, pero es la realidad que viven estos niños (Maestra, 004, Caso 1).

En suma, los maestros y padres de familia insisten en que el programa SAC debe proveer más servicios asistenciales y menos servicios promocionales. Para argumentar esta preferencia, colocan como ejemplo el componente salud oral, pues en él, los profesionales, técnicos e higienistas dentales asumen la promoción de la salud oral en sus consultas, sin abandonar o disminuir las actividades preventivas, curativas y en algunos casos rehabilitadoras. En general, la comunidad educativa está de acuerdo al decir que el trabajo en salud oral tiene resultados cualificables y cuantificables pues, por un lado, aseguran que es evidente la satisfacción de los maestros, niños y padres de familia con el trabajo realizado, y, por el otro, existen informes estadísticos que señalan las tasas de reducción en caries, el número de actividades de fluorización realizadas y de sellantes colocados, la efectividad de acciones como el cepillado de dientes controlado, corregido y estimulado, y la participación activa que tienen los niños y niñas en este componente de salud. Es esta la razón por la cual en el ámbito escolar, el programa salud oral es altamente valorado y apreciado por la comunidad.

Este ejemplo del componente salud oral, permite asegurar que para la comunidad, el éxito de un programa de salud radica en el ofrecimiento de estrategias promocionales, preventivas, asistenciales y de rehabilitación que deben en conjunto permear los diferentes niveles de atención en salud a saber: el primario, secundario terciario y de cuarto nivel. Es decir, que la promoción y prevención no pueden ser exclusivas de los niveles primarios y que las acciones asistenciales

tampoco pueden ser ofrecidas solamente en los niveles superiores. Adicionalmente, no pueden ser impuestas las acciones promocionales por encima de las asistenciales cuando los individuos y colectividades claman por servicios de diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud debe permear todos los niveles de atención y no puede ser reducida a talleres para el adiestramiento en temas de salud que dejan de lado la solución efectiva de los problemas que padecen los niños. En estos contextos de pobreza y exclusión, las condiciones familiares y sociales obligan a asumir conductas que resultan poco apropiadas para mantener la salud física, emocional y social, pues con frecuencia los niños, que en sus largas horas de soledad buscan compañía en el Internet, la T.V. y la calle, son presionados para desear productos, optar por comportamientos y aceptar riesgos que perjudicarán su salud personal. En efecto, los programas de promoción deben ser entendidos como mecanismos y estrategias de protección de la salud con la participación activa del afectado e independientemente de si el sujeto individual o colectivo se encuentra en situación de salud o enfermedad. Ello significa que la promoción debe estar articulada a las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

Sabemos que la salud es un tema multicausal, pero el papel que desempeña el propio niño para mantenerla es fundamental porque vemos que la presión de grupo y los medios de comunicación son influencias negativas muy potentes, en ese sentido es que el programa trabaja haciendo contrapeso a estas presiones a través de la promoción de la salud, formando conductas sanas, desarrollando habilidades para la vida (PS, 009, Caso 1).

Yo veo que el trabajo que hacen los profesionales en promoción está muy por encimita, yo los veo haciendo talleres con contenidos de salud pero es poco lo que los niños participan porque se les insiste que deben permanecer callados, sentados y disciplinados durante el taller, al final se les deja hablar pero sólo cuando

se les pregunta y lo que se pregunta es para evaluar los contenidos tratados. Me parece que los niños deben tener otro tipo de participación sobre todo en estos asuntos de salud, porque los problemas de salud no se podrán resolver si no existe un nivel adecuado de participación (Maestra,057, Caso 1).

Los organismos internacionales de salud como la OMS y la OPS han considerado la promoción de la salud como la mejor estrategia a partir de la cual es posible alcanzar la salud para todos. Esa estrategia debe servir de la capacitación en salud para garantizar el aumento del control de los sujetos sobre su propia salud. En ese sentido, se abandona la educación para la salud caracterizada por la transmisión didáctica de la información sobre temas de salud aislados. Se propone pues, una *alfabetización* en salud que incluye desarrollar la capacidad para obtener información básica en salud, comprenderla e interpretarla para mejorar las condiciones propias y de los allegados.

La promoción de la salud hace referencia a acciones educativas, informativas y de multiplicación de estrategias de educación que redundan en la sensibilización y concientización para controlar y evitar. Por su lado, la prevención de enfermedades hace referencia a adquirir comportamientos permanentes y el control de algunos signos y síntomas o condiciones para evitar la aparición o progresión de una enfermedad o condición. Con nuestro trabajo se han generado en algunos casos cambios de conducta y apropiación conceptual, pero esto no es mas que una percepción subjetiva, no tenemos datos cuantitativos. Entendemos la promoción como hacer que los escolares en su entorno familiar asistan a los servicios de salud de manera frecuente y periódica para evitar un proceso de enfermedad logrando que desde el colegio y los hogares se fomenten hábitos de vida saludables. La prevención tiene que ver con dar las herramientas y los conocimientos a los padres y escolares para evitar un proceso de enfermedad y conocer así las diferentes causas que pueden llegar a causar las diferentes enfermedades en el ser humano (PS, 020, Caso 3).

En nuestra comunidad empezamos a ponerle atención a los programas de promoción y prevención cuando ya tenemos una condición instaurada en nuestro cuerpo, esa es nuestra cultura. Si estoy pasado de peso, soy diabético, tengo problemas cardiovasculares empiezo a hacer ejercicio, antes no. Por eso nosotros hablamos de la promoción de la calidad de vida para ir más allá, para empezar a concientizar a la gente de que hacer ejercicio es para hacer uso adecuado del tiempo libre, para evitar caer en la droga, para aprender valores como el trabajo en equipo, la voluntad, el esfuerzo porque lo que finalmente nos interesa es desarrollar hábitos y estilos de vida saludables (PS, 059, Caso 3).

Para nosotros la promoción no va sin la prevención, así lo aprendimos, así entendimos la estrategia promocional de la calidad de vida y esa teoría la aterrizábamos en ámbitos donde la gente vivía. Desafortunadamente en los colegios se entendía de otra forma y nos pedían que hiciéramos atención, asistencia a los problemas de salud de una comunidad que está física, mental y socialmente enferma. Cuando nosotros explicábamos a qué íbamos a los colegios nos respondían: no, no es eso lo que queremos [...] se cree que el profesor por tener formación en pedagogía está en la capacidad de asumir la promoción y la prevención y nos exigen que hagamos asistencia. La comunidad no demanda los servicios de promoción y prevención porque mientras tengamos salud no pensamos en la enfermedad y cuando la gente se encuentra a un profesional de la salud piensa en enfermedad y no piensa en mejores condiciones de vivienda, en trabajo estable, etc. (PS, 060, Caso 3).

CAPITULO VIII
LA PERSPECTIVA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS
SOBRE LA PARTICIPACIÓN

Los dibujos fueron utilizados como técnica para registrar las perspectivas, opiniones, sentimientos, posiciones y argumentaciones de los niños con relación a la participación infantil en los programas de promoción de la salud. Para cada caso, se colocó en circulación durante algo más de un mes, un cuaderno viajero que llegó a manos de niños y niñas de diferentes cursos de primaria, seleccionados intencionalmente por las maestras directoras de cada curso, de acuerdo a las habilidades lecto-escritoras de cada niño. En los cuadernos se redactó un cuento infantil relacionado con el tema de la participación infantil, en el que se iniciaba una historia y se desarrollaba parte del nudo de la misma para que los niños terminaran el nudo y construyeran el desenlace. Para llevar a cabo esta actividad, los niños y niñas recibieron apoyo a través de unas preguntas orientadoras que les ayudó a centrar la escritura en el tema de la participación infantil. Adicionalmente, se les pidió que realizaran dibujos y explicaran con sus propias palabras el significado de cada uno de ellos.

El uso de esta técnica posibilitó en los niños pensar y representar sus pensamientos en relación con el tema de la participación infantil, sin la presión del tiempo o de un adulto que estuviese a su lado para controlar su producción gráfica o narrativa. Lo valioso de la técnica fue que cada dibujo producido debía ir acompañado de la propia interpretación del niño o niña, de manera que el trabajo investigativo en este análisis se limitó a identificar las regularidades en las interpretaciones de los niños.

Aunque Hart (1997b) considera que los niños tienden a reproducir en sus dibujos lo que han aprendido y que, a su vez, esa reproducción es la expresión de un limitado grupo de objetos que conocen, los cuales son acentuados por el contexto

particular de cada quien, en la apreciación de la investigadora, son justamente esas condiciones de la vida diaria de los niños las que toman valor para este trabajo.

En general, lo que se advierte en los dibujos y narrativas de los niños es que ellos se sienten cómodos y se muestran muy receptivos hacia los programas y proyectos que les son llevados al colegio. Reciben con buen ánimo y con gran disposición las actividades programadas y las temáticas de salud que son trabajadas con ellos por el equipo de profesionales del programa SAC.

Figura 4. Dibujo elaborado por una niña de 9 años. Caso 1

[...] me gusta cuando vienen las doctoras porque es muy divertido aprender de nuestro cuerpo y cómo tenemos que cuidarlo [...]



Figura 5. Dibujo elaborado por niña de 10 años. Caso 2

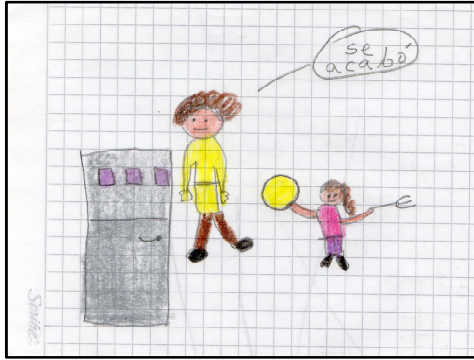
[...] cuando vienen los del hospital me entretengo mucho [...]



Pero a pesar del agrado e interés que los niños y niñas expresan para aprender sobre la forma como deben mantener su salud y la de sus familias, en la mayoría de las ocasiones encuentran que lo aprendido en sus colegios no puede trascender hacia sus hogares y comunidades porque la realidad les impide hacerlo. En consecuencia, los niños y niñas expresan una gran *desilusión* pues saben que lo aprendido se queda como material valioso para su conocimiento general, pero no para transformar de manera inmediata las condiciones de vida que les tocó vivir.

Figura 6. Dibujo elaborado por niño de 9 años. Caso 3

Con los doctores aprendemos muchas cosas, pero a veces no podemos hacer lo que aprendimos porque somos pobres y no tenemos con qué [...] en mi casa no hay plata para comprar la comida que nos dicen que debemos comer. Casi no comemos carnes, los fines de semana hay menudencias, pero cuando llegamos del colegio, mi mamita nos deja arroz con huevo frito y plátanos maduros o pasta. Y las verduras a nosotros no nos gustan, de pronto me las como en la sopa.



Con relación a esta expresión de los niños y niñas, los profesionales del programa señalan que:

Yo soy la referente de medio ambiente y con mi compañera nos sentamos a definir las acciones sin tener en cuenta lo que nos piden a través de los lineamientos. Por ejemplo, a nivel central, el referente es un ingeniero ambiental y él nos envía un lineamiento para que trabajemos el manejo del residuo sólido en los colegios, pero los niños ya saben todo eso del reciclaje y cuando llegamos con el mismo tema se desaniman porque han participado de manera activa en estos proyectos pero ven que cuando pasa el carro de la basura, éste se lleva las tres bolsas de diferentes colores y las meten en la misma caneca. El trabajo de los niños se pierde y ya no quieren saber nada sobre el tema (PS, 063, Caso 2).

El aprendizaje de temáticas relacionadas con la promoción y la prevención no impactan la realidad de los niños, más aún, las temáticas trabajadas no parecen ajustarse a la realidad que viven los niños en sus contextos de vida. En ese sentido no es posible que estas herramientas recibidas por los niños puedan constituirse en el elemento a partir del cual los niños construyan otras realidades.

Figura 7. Dibujo elaborado por un niño de 9 años. Caso 3

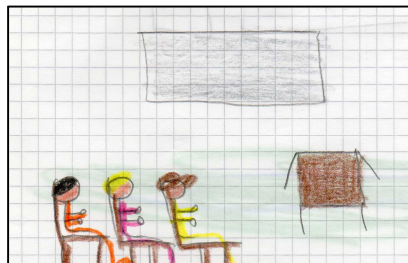
[...] a veces no podemos hacer lo que aprendimos porque los papás no nos dejan

[...]



De otra parte, los niños y niñas expresan una pérdida de interés por participar en las actividades de promoción y prevención cuando advierten que éstas no son continuadas y que los profesionales dejan de asistir a los colegios incumpliendo con los cronogramas pactados con los niños. Aunque la responsabilidad de este incumplimiento no es en general de los profesionales, sino que es ocasionada por los obstáculos mismos del programa, la lectura que hacen los niños es que estas actividades son informales y se realizan cuando existe disponibilidad de tiempo y espacio. En ese sentido, los niños y niñas perciben que los adultos no hacen una adecuada valoración de las acciones que tienen que ver con ellos.

Figura 8. Dibujo elaborado por niño de 10 años. Caso 2



Muchas veces nos dejan tareas y el día que las llevamos para entregarlas, las doctoras no vienen. A veces nos dejan trabajos como montar una obra de teatro y traemos los disfraces y nos quedamos con todo preparado porque no nos cumplen. Como dice mi mamita, nos dejan con los crespos hechos.

Es preciso señalar que a los niños no se les ofrece una explicación clara y precisa sobre el incumplimiento de los profesionales con los cronogramas planeados. Aunque su ausencia está relacionada con el recorte de personal, la falta de recursos materiales para trabajar, el cruce de actividades programadas por otros miembros del equipo, los niños se quedan con la idea de que son los profesionales del programa los que incumplen. Frente a esta desmotivación de los niños los maestros aseguran que:

Los profesionales nos apoyaban mucho en salud oral porque les regalaron los kits que traían cepillo, crema, un vasito y el revelador de caries, los niños participaban con mucha emoción en esta actividad porque esperaban la visita de los odontólogos para ver si habían mejorado o no y como no volvieron, los niños se desmotivaron. Lo mismo pasó con salud visual, el año pasado se hizo un programa maravilloso porque participaron los estudiantes de optometría de la Universidad de la Salle y hasta les regalaron gafas a los niños que las necesitaban, pero este año no se ha hecho nada (Maestra, 014, Caso 3).

Sin embargo, a pesar de los obstáculos y las dificultades para que los niños participen en los programas de salud, ellos no pierden del todo el interés y las temáticas de salud tratadas en los diferentes encuentros, empiezan lentamente a impactar los espacios en los que ellos crecen, se desarrollan y viven.

Figura 9. Dibujo elaborado por niño de 8 años. Caso 2

[...] hay que llamar a la policía para que se lleven a la mamá y la sentencien a 28 años en la cárcel y al niño que lo manden al Bienestar Familiar.



Hoy comienza a no ser tan fácil para los adultos, mantener en la intimidad de los espacios domésticos, aquellos comportamientos lesivos que comprometen la integridad física y emocional de los niños y niñas, pues éstos, aunque todavía de manera limitada, empiezan a denunciar cada vez más lo vivido de acuerdo con lo aprendido en las actividades promocionales de salud. La apropiación que hacen los niños y niñas de sus derechos va en ascenso, y eso representa un avance importante si se tiene en cuenta que esta apropiación se puede constituir en una herramienta muy poderosa para que los adultos reconozcan que los derechos de los niños y niñas, antes que un discurso, deben operar en las prácticas concretas de la vida social.

Los adultos, tanto padres como maestros empezamos a entender que los niños tienen derechos. Los maestros por ejemplo ahora se controlan más en muchos de sus comportamientos, saben que deben medir sus palabras y mucho más sus acciones frente a los niños pero por supuesto aún no se abandonan prácticas que

maltratan. Los padres igual ya temen a la denuncia del niño y saben que ellos están tomando la vocería en muchas cosas y que el padre ya no puede tan fácilmente tomar la justicia por sus propias manos. Esto es resultado del trabajo de los profesionales por ejemplo en el manejo de la línea 106, ellos continúan motivando a los niños para que llamen cuando lo necesiten, pero por supuesto todavía hay mucho camino por recorrer en este tema. Por ejemplo creo que los adultos que estamos con los niños deberíamos conocer más sobre la Convención , la Ley de Infancia y Adolescencia, los Derechos de los Niños, pero además debe continuar el trabajo con los niños para que también sepan que existen estos documentos y trabajarlos de manera que los puedan entender (Maestra, 006, Caso 2).

De igual manera, el trabajo realizado por los profesionales del programa SAC está impactando de manera progresiva el espacio familiar de los niños y niñas, por cuanto es evidente que ellos llevan a sus casas los aprendizajes logrados en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, aunque sus frutos no son tan claros si se tiene en cuenta que para desarrollar habilidades saludables para la vida, los niños y niñas se enfrentan permanentemente a un contexto riesgoso que los invita a prácticas no saludables. Sin embargo, existen muestras de que con prácticas sostenidas, se podrán ver los resultados esperados y cada vez más los niños y las niñas irán aprendiendo a involucrarse en los asuntos que son de su interés.

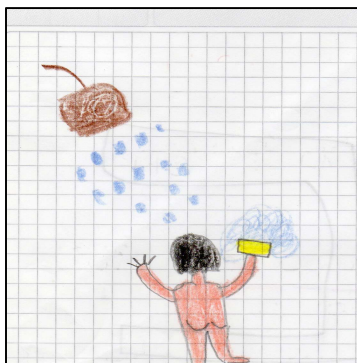
Cuando se les dice que no se puede salir al recreo porque está lloviendo ellos protestan porque les toca quedarse encerrados en el salón y salen con que les estamos violando su derecho al juego y a la recreación, y aunque les ponemos juguetitos de mesa, para ellos eso no es recreo y se le enfrentan a uno, gritan y protestan [...] (Maestra, 013, Caso 2).

Con estrategias educativas los niños poco a poco van aprendiendo la importancia del baño diario, el cepillado de dientes luego de comer, la alimentación balanceada, y esa información la llevan a la casa y la socializan con sus padres y

hermanos quienes también de manera lenta van recibiendo y transformando las prácticas de salud (PS, 063, Caso 2).

Figura 10. Dibujo elaborado por una niña de 10 años. Caso 3

Yo ya sé que tengo que bañarme todos los días para estar alentada, pero mi mamá me dice que cada tercer día porque los niños no sudamos [...]



Estos pequeños avances aún no conforman una base segura para que se produzca una verdadera participación infantil, los obstáculos son grandes y permanentes pues aún no son claros los mecanismos y estrategias que se deben seguir para iniciar los procesos participativos sostenidos, así lo refieren algunos maestros y profesionales:

No hay estrategias para la participación infantil y aunque en los colegios tenemos la obligación de elegir personero, las mismas instituciones obstaculizan los procesos participativos, es común ver las mesas de participación infantil manejadas por los adultos (PS, 063, Caso 2).

Yo creo que los niños deberían tener ejercicios de participación política pero no una intervención real en política. Como ejercicio está bien, por ejemplo que el personero del colegio vaya al Concejo de Bogotá y conozca lo que allí se hace. Es decir que vayan aprendiendo, se formen y se sensibilicen antes de darles el derecho

al voto. Creo que pueden tomar ciertas decisiones y en ciertos ámbitos. Es importante empezarlos a formar políticamente desde transición y en el marco del gobierno escolar, e ir empezando a escoger aquellos que se muestren como líderes para que se incorporen a grupos ya constituidos y empiecen a participar poco a poco. Ahora lo que tenemos son los representantes de los niños quienes aunque se supone tienen voz y voto no son tenidos en cuenta y su participación se limita a estar ahí” (Maestra, 006, Caso 2).

La activa participación de los niños y niñas se constituye en una herramienta potente para transformar condiciones de salud adversas en los diferentes ámbitos de vida. Así se muestra en la narrativa de los profesionales al señalar que, con la participación de los niños y niñas del caso tres, fue posible identificar algunas situaciones amenazantes y a partir de ello intervenir y transformar estos eventos adversos:

El objetivo final del programa Salud al Colegio es que los colegios se vuelvan autónomos en promoción y prevención, y aunque sabemos que muchos profesores manejan el tema, la idea es articularlo al PEI (PS, 059, Caso 3).

En opinión de los niños y niñas de los colegios, el mayor obstáculo para la participación infantil es la concepción que tienen los adultos sobre los niños. Esta concepción es una barrera real por cuanto los niños no son escuchados, ni tenidos en cuenta en tanto se les considera con pocas capacidades para participar.

Figura 11. Dibujo elaborado por un niño de 8 años. Caso 1

Los adultos a veces no nos prestan atención por estar hablando o viendo televisión y piensan que nosotros decimos tonterías, pero si nos dejan podemos dar buenas ideas.



Se puede afirmar que en las IED existen experiencias básicas de participación infantil que confirman que cuando los niños y niñas son involucrados en las problemáticas que los afectan, es posible identificar situaciones que por lo general pasan inadvertidas para los adultos, pues son los niños quienes cotidianamente viven estas situaciones. En ese sentido, los profesionales reconocen que los niveles de participación infantil son básicos, en tanto no existe el empoderamiento real de los niños y niñas para transformar su propia realidad; son los adultos quienes inician, proponen, controlan y continúan esas iniciativas de participación:

Los niños tienen oportunidad de participar cuando se les brinda de manera real los espacios pre concertados entre ellos y los adultos, aunque en nuestra experiencia no hay un verdadero empoderamiento de los niños pues todas las actividades que hacemos provienen de las iniciativas institucionales. Aún así se procura convocar, sensibilizar, informar, analizar sobre las situaciones, reflexionar y a manera de ejercicio proponer opciones de solución y tomar decisiones figuradas. La participación como dije no es empoderada porque los niños lo hacen por presión de una nota, de un regaño, estos ejercicios de participación son eso, ejercicios,

porque las acciones que ejecutan los niños no son integradas, son aisladas y no tienen impacto en las decisiones que se toman (PS, 020, Caso 3).

Los escolares cada vez más están teniendo una participación activa en los componentes de Salud al Colegio y ya existen grupos de estudiantes que están liderando los procesos de salud con la orientación de los profesionales. Tenemos líderes en varios componentes: salud oral, salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición, salud visual y auditiva, actividad física y necesidades educativas transitorias y apoyamos a los niños con estrategias muy variadas (PS, 021, Caso 3).

Otro obstáculo identificado por los niños para la participación infantil es su propio proceso de crecimiento y desarrollo biológico y social. Los niños aseguran que los adultos no hacen una gran inversión en los procesos participativos infantiles porque los niños crecen y abandonan las instituciones educativas. Así pues, la alta movilidad de alumnos hace pensar a los maestros que invertir tiempo, esfuerzos, recursos, personal y espacios no tiene sentido si permanentemente se produce una ruptura en los procesos iniciados. Inevitablemente, los niños y niñas crecen y abandonan los colegios, lo que exige volver a iniciar ciclos de aprendizaje y experiencias educativas con personas nuevas. Es un trabajo sin fin, con poca sostenibilidad, alta inversión y resultados inciertos. Así lo expresan los miembros de la comunidad:

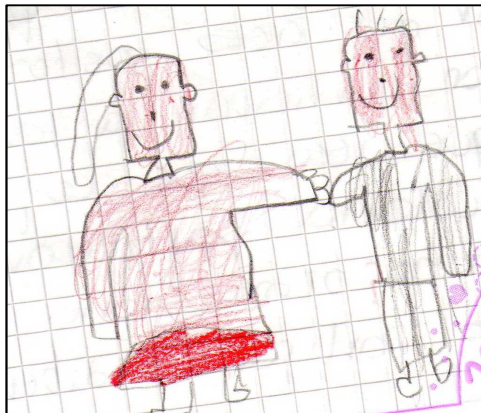
Hay muchas fallas porque es frecuente que se inicien programas que en principio han tenido una inversión muy grande, se mantengan durante un tiempo y luego desaparezcan porque el trabajo no es continuado. Eso nos sucedió con la promoción de la *Línea 106* que se hizo justamente como una estrategia de participación de los niños, en principio funcionó muy bien pero hoy está muerta y no porque la línea haya desaparecido, sino porque no se volvió a hablar de ella, no se siguió con su promoción y porque a los niños a los que se les hizo los talleres, crecieron y se fueron, los nuevos no la conocen, no saben para qué sirve, ni qué es. Creo que ese es un problema muy grande con los niños, que se hace una inversión

muy grande para que ellos conozcan algo, pero ellos crecen, se van y el trabajo se perdió (Maestra, 004, Caso 1).

Acá vino la Cámara de Comercio con un programa que en principio pintaba muy bien, nos hicieron los talleres, nos prepararon a los maestros con todas las de la ley, tanto así que muchos nos graduamos y nos dieron cartón con ceremonia incluida y todo, le metieron mucha plata, el programa funcionó por un tiempo y hoy ya no existe, solo queda en el recuerdo de los profesores que todavía tenemos el cartón, pero en los niños que tenemos, ni enterados (Maestra, 057, Caso 1).

Figura 12. Dibujo elaborado por una niña de 9 años. Caso 2

Yo estoy creciendo y voy a alcanzar a mi profesora y cuando eso pase me voy de este colegio y ya no haré lo que hago aquí



La alta movilidad de los niños relacionada con su crecimiento provoca la desmotivación y el abandono de proyectos costosos que podrían tener un impacto positivo en la salud y la calidad de vida.

Todavía tenemos muchos niños acá, pero la gran mayoría se fueron porque crecieron y pasaron a la otra sede y uno siente que todo lo invertido se pierde porque no volvemos a saber nada sobre esos niños o si inician procesos o se quedan

ahí. Esa es una desventaja del trabajo con los niños que no parece ser sostenible por sus condiciones biológicas (Maestra, 012, Caso 2).

Es el caso de los niños que son cambiados del colegio por sus papás, es el caso de los niños que llegan nuevos, tenemos mucha movilidad y eso de alguna manera afecta los procesos porque no logramos concluirlos, se quedan a medias para muchos y con seguridad que en otros lugares no se trabaja bajo estas perspectivas que tenemos acá (Maestra, 013, Caso 2).

De otra parte, los niños y niñas identifican un gran choque generacional que representa un obstáculo para desarrollar procesos participativos. Aseguran por ejemplo, que la edad de las maestras es un impedimento para trabajar proyectos que requieren esfuerzo físico. En ese sentido las maestras valoran el trabajo de los profesionales del programa en tanto aseguran que éstos por su edad, son más cercanos a los niños y cuentan con elementos sensibilizadores, motivacionales y comprometedores que se concretan en actividades lúdicas, elementos visuales, guías de trabajo que los niños suelen disfrutar. Aunque los maestros reconocen en los profesionales una falta de experiencia en el manejo de grupo, consideran que los niños son receptivos y disfrutan de las actividades en cada uno de los componentes del programa SAC.

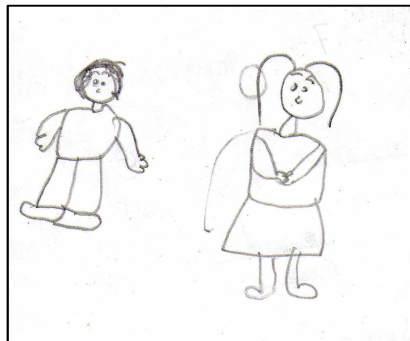
Se les está permitiendo mucho a los niños y jóvenes en esta época. Ahora vienen al colegio como quieren con el pelo largo y sucio, con peinados estrambóticos, con esos piercing, cachuchas, pantalones escurridos [...] es una locura y uno como profesor no les puede decir nada porque los está maltratando, les está impidiendo el desarrollo libre de la personalidad. Uno tiene derecho a sus gustos pero con ellos se exagera, se les dio demasiada libertad, tenemos muchachos que insultan a las profesoras terriblemente y no les importa nada. Yo creo que volver al respeto no es coartarles la libertad y la posibilidad de participar, me parece que con actividades como las de reciclaje, los desfiles de modas, las ferias de frutas y

verduras son espacios en los que los niños se pueden expresar, pueden derrochar creatividad y defender sus elecciones (Maestra, 013, Caso 2).

Las narrativas de los niños señalan que la etapa de la vida de los adultos es definitiva para poder participar, pues se sienten cómodos con los profesionales porque ellos no asumen técnicas rígidas para la enseñanza. Por el contrario, las maestras, que de acuerdo a la caracterización de la población se encuentran en la fase final de su proceso laboral, le restan importancia e interés a las actividades en las que los niños y niñas pueden participar. Además no les interesa iniciar procesos que no les significan, pues su desarrollo implica una serie de esfuerzos que ya no están dispuestas a asumir:

Figura 13. Dibujo elaborado por una niña de 9 años. Caso 2

Mi profesora ya está muy adulta y no le gusta jugar [...] se cansa mucho y en el recreo o en educación física se sienta a mirarnos



Los regímenes estatales de contratación son bastante difíciles para los maestros, pero lo era más la escala de ascensos que estaba mediada por los procesos de formación y cuando llegábamos a la categoría catorce ya no había nada que hacer y nada nos motivaba para continuar los procesos de formación, pero tampoco para recibir cosas nuevas de la gente que llegaba al colegio con ideas, conocimientos, metodologías novedosas y nos hemos negado quienes ya estamos terminando nuestro proceso a aceptar lo que otros nos dicen, realmente somos

difíciles. De hecho, a veces, construir un proyecto de innovación que rompa con esas estructuras mentales resulta complicado porque los maestros no quieren, no logran, no les interesa participar en proyectos novedosos (Maestra, 017, Caso 2).

Muchas veces pensamos que las condiciones locativas son factores determinantes para dejar de desarrollar programas o proyectos escolares, porque tener a los niños encerrados en lugares donde los niveles de ruidos son altísimos, donde las condiciones de hacinamiento preocupan, donde no se cuenta con espacios para la recreación y el juego, nos hacen pensar que solo haciendo grandes inversiones y mejorando las condiciones locativas todo va a mejorar, pero lo más importante es las personas que movilizan los proyectos educativos tengan la motivación para hacerlo (Maestra, 017, Caso 2).

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde una perspectiva esencialmente crítica y hermenéutica, se intentó comprender/interpretar por qué a pesar del gran avance en materia de derechos humanos y especialmente en derechos de los niños, la participación infantil continúa siendo un asunto retórico en tanto no existen suficientes garantías para el disfrute pleno de este derecho. Existen procesos de resistencia a la participación infantil, que tienen como uno de sus elementos centrales la persistencia de la concepción moderna de niñez, en la que se niega a los niños la capacidad de razón. De ahí que se ofrezcan solamente acciones de cuidado, protección y educación enmarcadas en unas relaciones jerárquicas en las que los adultos son tutores, custodios y disciplinadores de los niños, quienes deben asumir un rol de obediencia y docilidad.

El análisis bibliográfico en esta investigación, en diálogo con el análisis de la experiencia misma del trabajo de campo, permitieron responder a la pregunta central, en la que además de confirmar la tesis planteada, se señalan dos niveles situacionales que afectan directa e indirectamente la posibilidad que tienen los niños para participar en el mundo social en el que viven. En efecto, los dos niveles identificados: nudos contextuales y resistencias propiamente dichas, se encuentran íntimamente relacionados y son el resultado de la producción de regímenes de verdad y mecanismos de intervención, la instalación de subjetividades individuales y colectivas, y la construcción de contextos funcionales al poder soberano.

9.1 La producción de regímenes de verdad y los mecanismos de intervención:

El sistema de gobierno dominante desde su propia racionalidad política, define los dispositivos de poder con los que pretende el dominio y control de las

estructuras económicas, culturales y sociales. En este ejercicio soberano, la instalación de subjetividades individuales y colectivas resulta una herramienta muy efectiva para hacer pensar y actuar de la forma en que se requiere. Desde las diferentes ciencias modernas se han generado saberes/poderes que procuran actuar sobre los cuerpos y mentes de los sujetos para hacer de ellos material útil en la producción, consumo y acumulación de bienes/servicios que, como actividades conformes al mundo de mercado, respondan al ordenamiento capitalista.

Particularmente, la institución salud ha jugado un papel central en la creación y difusión de regímenes de verdad y mecanismos de intervención que promueven la acción de los adultos para disponer de los niños como objetos de intervención, no solo, como diría el mismo Foucault (1999c, p. 333), produciendo “un número óptimo de niños, sino también de gestionar convenientemente esta edad de la vida”.

Se está en presencia de un gran cambio de época²⁸ en el que no se abandonan los mecanismos de la sociedad moderna, pero tampoco toman del todo lugar los mecanismos de la sociedad posmoderna. De ahí que coexistan pensamientos, sentimientos, deseos y acciones que entran en contradicción, producen tensión y devienen en realidades múltiples y complejas que, cuando menos, producen

²⁸ Son notorios los signos que indican que estamos viviendo un gran cambio de época y que no se trata de una época de grandes cambios. Los increíbles avances científicos, tecnológicos e informáticos a nivel mundial, la reconfiguración del espacio y del tiempo, la separación que los sujetos hacen de las instituciones sociales y la virtualización de las relaciones humanas son ejemplos de ello. Estos cambios nos preguntan no solo por los marcos filosóficos, teóricos y metodológicos que hasta ahora hemos construido, sino también por la pertinencia y funcionalidad de las instituciones sociales que hoy existen. Se nos plantea un nuevo tipo de orden social que poco a poco configura diferentes formas de relacionamiento político, geográfico y económico que se transversalizan, globalizan, y que cubrirán todos los ámbitos de la sociedad someténdola a nuevas realidades que probablemente en décadas venideras nos van a enfrentar a profundas contradicciones y paradojas desconcertantes (Beck, 2002).

perplejidad e invitan al análisis y comprensión urgente para tomar el control de nuestro propio destino.

9.1.1 Regímenes de verdad y mecanismos de intervención modernos

Para la modernidad fueron contruidos discursos y prácticas relacionadas con la niñez que pretendían configurar subjetividades individuales y colectivas para entender a esta población como un grupo conformado por seres sin capacidad de razón. Así nace la categoría moderna de la niñez (Alzate, 2002; Ariès, 1993; Bajo y Betrán, 1998; De Mause, 1982) que es vinculada al pensamiento capitalista, en el que se supone un ordenamiento social para el que los sujetos asumen roles específicos. De esta forma, los niños de la modernidad, deben asumir como sujetos encerrados en una institución en la que se mantienen en reposo social, casi inexistentes para el mundo, resguardados mientras son formados, disciplinados, adiestrados a la espera de ser acreditados como sujetos aptos para el mundo social productivo.

La configuración de subjetividades individuales y colectivas relacionadas con el concepto de niñez, se produce desde los regímenes de verdad generados y utilizados por algunas ciencias nacientes y emergentes en la modernidad. Las ciencias médicas, que soportan parte de sus conocimientos en las ciencias biológicas, plantean que los niños conforman cuerpos y mentes en construcción, en proceso de crecimiento, desarrollo y madurez, que necesitan ser protegidos y recibir cuidados especiales para lograr un adecuado término. Dadas estas condiciones especiales, la niñez exige su estudio, análisis, comprensión e intervención. Para la época moderna, las ciencias médicas han utilizado en este grupo etario, mecanismos disciplinarios y técnicas anatomopolíticas y biopolíticas que han aportado en la orientación, definición y formulación de políticas y programas específicos para este grupo poblacional (crianza, higiene, nutrición, inmunización, buen trato entre otras).

El estatuto teórico de las ciencias médicas a su vez, ha nutrido y soportado el discurso de otras disciplinas nacientes de la modernidad. Es el caso de las ciencias económicas clásicas, en las que los niños son tomados como sujetos no económicos en tanto, en el decir de estas ciencias, ellos carecen de las capacidades y posibilidades para expresar sus preferencias comprando un bien, no solo porque no disponen de un presupuesto, sino porque no pueden manifestar su utilidad, tal y como lo hacen los adultos. Las preferencias individuales de los niños no pueden ser asumidas en sí mismas sino como parte de las preferencias familiares, esto es, que la capacidad de elección de los niños no cuenta para la teoría económica clásica, sino como parte de esa unidad homogénea de consumo que es la familia (Samuelson citado por González, 2005).

En el caso de las ciencias de la educación y la pedagogía ocurre algo similar. Los niños son considerados como ese grupo de sujetos que se encuentran en proceso de formación y aprendizaje, que requieren mecanismos disciplinarios y técnicas de conducción y corrección que deben ser definidas y aplicadas por un adulto que hará las veces de maestro. Aunque las ciencias de la educación y la pedagogía se apoyaron grandemente en las ciencias psicológicas para construir sus teorías, son aquellas el nido en el que se originaron los primeros pensamientos emancipatorios relacionados con el significado de la niñez. El trabajo cotidiano y la cercanía de los maestros con los niños, empezaron a mostrar que éstos tenían capacidades no reconocidas que debían ser potenciadas en favor de los procesos de aprendizaje. Estas experiencias se registran en movimientos pedagógicos como el *progresismo pedagógico* y en métodos pedagógicos como el *método de los proyectos*. En ambos casos, los niños eran pensados como protagonistas de los procesos pedagógicos (Novella, 2008).

Pero a pesar de estas y otras experiencias pedagógicas, la perspectiva moderna de niñez era la que dominaba en tanto estaba cobijada por los regímenes de verdad procedentes de las ciencias médicas. Así se instalaron subjetividades que se fueron apoderando de todo el tejido social y que se expresaron en la configuración de prácticas discursivas y no discursivas que determinarían unas

particulares formas de relación entre los adultos y los niños, “que se ven codificadas, siguiendo reglas nuevas y muy precisas” (Foucault, 1999c, p. 333). En efecto, toman lugar unas relaciones caracterizadas por la asimetría y la sumisión en las que se gestan acciones autoritarias hacia los niños que no les dejan opciones diferentes a las de asumir también tal significación.

En estas condiciones determinadas para la niñez, la participación infantil es impensable en la modernidad (a pesar de las múltiples manifestaciones en la cotidianidad). El soberano ejerce su poder sobre las instituciones y sus adultos quienes, siendo otras víctimas del sistema, actúan resistiéndose, negando y/o dificultando esa participación.

9.1.2 Regímenes de verdad y mecanismos de intervención posmodernos

Aunque no es posible hablar de una época posmoderna en tanto ésta no termina por tomar forma y lugar, aquí se utilizará el concepto para hacer referencia a los sucesos que después de la segunda guerra mundial, plantearon una nueva etapa en la historia de la humanidad. Esta etapa se ha venido expresando a través de una serie de confrontaciones, tensiones, amalgamamientos, mixturas y fusiones de pensamientos, sentimientos, deseos y acciones que devienen en realidades múltiples y complejas. En efecto, en esta época, el capitalismo continúa su camino hacia la expansión y consolidación (aunque en los países con capitalismo tardío ya fuera clara su crisis) y con ellas se mantienen los regímenes de verdad procedentes de las ciencias de la modernidad, los cuales continúan fuertemente arraigados en la subjetividad individual y colectiva a través de pensamientos modernos relacionados con la niñez. Así se constata en las narrativas de los actores sociales de esta investigación, pues para ellos, los niños no dejan de ser sujetos en un ciclo de la vida biológica del ser humano, en el que están en construcción como seres sociales.

Sin embargo, para el proyecto expansionista y de consolidación del capitalismo, los regímenes de verdad modernos que soportan las ideas sobre la

niñez, se hacen insuficientes para mantener el dinamismo del mercado a través de la generación de sujetos productivos. Ya se hacía evidente que el capitalismo entraría en crisis si no se fijaba la atención en el consumo y si no se producían nuevas verdades que dieran soporte a las necesidades de ese consumo.

Con este interés, las ciencias procuran la construcción de nuevos regímenes de verdad que, sin lograr la robustez necesaria, abren nuevas posibilidades para pensar la niñez como ese grupo de sujetos con ciertas capacidades. Esto por su puesto, exige la confección de novedosos mecanismos y tecnologías de poder que ya no pretendan el disciplinamiento de las mentes y cuerpos de los sujetos, sino ahora también su control (Deleuze, 1991). Así pues, los regímenes de verdad provenientes de las ciencias modernas, intentan su reconfiguración y la colonización de pensamientos con la intención de producir nuevas subjetividades relacionadas con la niñez, pues “el poder se ejerce ahora a través de maquinarias que organizan directamente los cerebros (en los sistemas de comunicación, las redes de información, etcétera) y los cuerpos (en los sistemas de asistencia social, las actividades controladas, etcétera) con el propósito de llevarlos hacia un estado autónomo de alienación, de enajenación del sentido de la vida y del deseo de creatividad” (Hardt y Negri, 2002, p. 36).

Estas transformaciones se empiezan a registrar en los estatutos teóricos de algunas ciencias. En la economía por ejemplo se abren algunas posibilidades para pensar la niñez como un grupo de sujetos *deseantes* en un mundo de mercado. Y aunque esta perspectiva en nada reivindica los derechos de los niños, por lo menos se empieza a tener en cuenta. Así lo revelan las afirmaciones del premio nobel de economía Kenneth Arrow (citado por González, 2005) cuando asegura que la ciencia económica, históricamente basada en la idea de las decisiones racionales, comienza a admitir la irracionalidad propia del mundo de los deseos y las creencias. Más recientemente, otro premio nobel de economía, Amartya Sen (2000, p. 339), aseguró que como lo sostienen algunos “la dependencia de otros no solo plantea problemas éticos sino que, además, es derrotista en la práctica ya que mina la

iniciativa y el esfuerzo individuales e incluso la dignidad personal”. Es cierto que no se refería en particular a los niños, pero esta afirmación es la ventana abierta hacia un horizonte en el que se empieza a mirar a los niños desde otra perspectiva. A renglón seguido, Sen señala, que al quitar responsabilidades se “puede provocar la pérdida de elementos muy importantes como la motivación, la participación y el conocimiento de uno mismo [...]” (2000, 339).

En igual sentido avanzan las ciencias de la educación y la pedagogía aunque, con algunas experiencias exitosas, estas ciencias ya habían iniciado sus propias transformaciones a comienzos del siglo pasado, introduciendo prácticas novedosas para el trabajo con los niños en el aula de clase. Estas experiencias les exigía a los niños el análisis, la toma de decisiones y el trabajo colaborativo alrededor de un tema de su interés. Finalmente, este tipo de trabajo en el aula terminó por impactar el medio del aprendizaje y la pedagogía.

En las ciencias médicas, aunque no se producen transformaciones significativas en sus estatutos teóricos, sí hay una apertura hacia nuevos discursos. He dicho que la producción de una serie de trabajos (Virchow citado por Navarro, sin año; Chadwick, 1842; Illich, 1975; Lalonde, 1974; McKeown, 1990; Talley citado por Foucault, 1999a) en los que se plantea la duda sobre la relación existente entre el mantenimiento de la salud de los sujetos y la asistencia médica, ha permitido defender la tesis en la que se asegura que los factores sociales tienen un mayor impacto sobre la salud de la población que la propia asistencia médica.

Paralelamente, se plantean otros discursos que, aunque más contemporáneos, aportan en la configuración de un concepto sobre la niñez que intenta superar la visión moderna y que le asigna a los niños capacidades diferentes a las de los adultos, que pueden ser desarrolladas en la medida en que se proporcionen los mecanismos adecuados (Alonso, 2003; Carvalho y Restrepo, 2006; De Armenteras, 2004; Gómez citado por Rojas, 2007; González, 2007;

Muñoz, 2007; Requejo y Taboada, 2001; Rizzini y Thapliyal, 2007; Smith, 2007; Trilla y Novella, 2001; Zanabria y Fragoso, 2006).

Estos nuevos discursos son la muestra inequívoca de que los regímenes de verdad propios de las tecnologías del poder disciplinario, aunque no desaparecen, empiezan a dar paso a nuevas verdades que son instaladas lentamente en la subjetividad individual y colectiva a través de tecnologías del poder de control, las que tampoco terminan por consolidarse. En el trabajo de campo se advierte que aunque prevalece el concepto moderno de niñez, existen muestras de un desplazamiento del pensamiento colectivo hacia nuevas formas de concebir a los niños como sujetos con capacidades en determinadas circunstancias. En un mundo de mercado como el que vivimos, el mantenimiento de unos adecuados niveles de producción y la activación del deseo de los sujetos para asegurar el consumo, se constituyen en elementos esenciales para el proyecto capitalista. Desde este argumento, la niñez aparece como pieza clave en la sociedad de consumo y por ello a los niños se les empieza a reconocer ciertas capacidades para participar de manera activa en el ámbito de lo social, cultural y económico.

En salud, el desplazamiento del pensamiento se concreta con la creciente demanda por una salud pública eficaz, capaz de liberarse de la hegemonía médica y sus regímenes de verdad para dar paso a lo que se ha venido en llamar la *nueva salud pública*. Este nuevo discurso encuentra soportes teóricos en los paradigmas de la APS y la promoción de la salud, de los que recoge los enfoques de la salud como derecho humano, los determinantes sociales de la salud y la participación de la comunidad. Para la promoción de la salud escolar, los niños resultarían fundamentales en la transformación de los determinantes sociales de la salud y el bienestar colectivo en tanto ellos, ya no serían receptores pasivos de los programas de salud, sino socios activos. En efecto, la participación infantil para la obtención de la salud y el bienestar escolar, resultaría ser una de las más importantes estrategias para disminuir las posibilidades de enfermar y morir, pues el control de los

determinantes sociales negativos para la salud dependerá, entre otras cosas, de la participación activa y el compromiso de las comunidades.

En ese sentido, la salud como medio para alcanzar el desarrollo humano, ya no precisa de sujetos disciplinados y dóciles sino de sujetos autónomos, capaces de participar en la consecución de su propia salud para avanzar hacia procesos más complejos que implicarán el trabajo colaborativo, la integralidad, la complementariedad y la intersectorialidad que redefinen el rol y la importancia de los actores sociales para establecer un nuevo tipo de relación entre adultos y niños caracterizada por el respeto, el reconocimiento, la simetría y la horizontalidad.

Y aunque la APS y la promoción de la salud nacen como alternativas a los regímenes de verdad medicalizados, sus marcos conceptuales resultan afines con los procesos de consolidación y expansión del capitalismo. Los múltiples procesos mundiales como la globalización, la internacionalización económica y cultural, los procesos de descentralización estatal, la crisis de los paradigmas en salud, la apertura a nuevos y crecientes espacios de participación social, la autonomía basada en el desarrollo de capacidades, habilidades y conductas individuales y colectivas, son finalmente mecanismos de dominación que aparentan ser “aún más democráticos, aún más inmanentes al campo social” (Hardt y Negri, 2002, p. 36).

Lo que en esencia se produce, es una reconfiguración del poder soberano que establece nuevos mecanismos de dominación y nuevos regímenes de verdad que plantean las preguntas: ¿es la promoción de la salud un discurso aliado a la intención expansionista y de consolidación del capitalismo?, o más bien, ¿es el discurso de la promoción de la salud un nuevo miembro cooptado por las intenciones capitalistas?. Lo cierto es que existe una tendencia cada vez más creciente a mercantilizar la salud a través de la propuesta de una promoción de la salud centrada en los estilos de vida individualizados, en un control de riesgos atemorizante, en procesos morbosos que culpabilizan y responsabilizan a los sujetos, en una salud y unos estilos de vida que se adquieren en el mercado en

forma de bienes, servicios y seguros. Es en esa dinámica del mercado que los sujetos son seducidos para desear un estado saludable, para obligar a la población a entender la salud como un producto que puede ser adquirido en el mercado, es decir, un producto que es elaborado por unos para ser consumido por otros (Foucault, 1999c, 357).

Y es que son los organismos de financiamiento internacional los que han presionado a los Estados para imponer un modelo de salud que asegure el producto salud como un bien o servicio que puede ser adquirido en el mercado.

9.2 La instalación de subjetividades

Las resistencias a la participación infantil han sido el resultado de la instalación de subjetividades individuales y colectivas que definieron y definen pensamientos, significados, deseos e intereses frente a la niñez y en consecuencia frente a la participación infantil. Las resistencias de los maestros, profesionales del programa, padres y de los mismos niños a la participación infantil, dan cuenta de la firmeza con que fueron instaladas las subjetividades relacionadas con el concepto de la niñez moderna, aunque estén en confrontación con las subjetividades que se encuentran en proceso de instalación.

En efecto, las resistencias en los tres casos estudiados, son *negaciones subjetivas* que provienen de las *subjetividades instaladas*, las cuales entran en confrontación con las *subjetividades en instalación* lo que, en la perspectiva de los actores sociales, expresa la renuncia al sometimiento de sí mismo, que es pretendido por el poder soberano para establecer prescripciones sociales y construir realidades determinadas. Tales confrontaciones no permiten tener una idea clara de lo que se está pensando en el conjunto de la sociedad porque existen tantas significaciones, sentidos, deseos e intereses como sujetos en el mundo.

Para la instalación de subjetividades individuales y colectivas se han utilizado tecnologías de poder que van más allá del control de lo biológico, lo somático, lo corporal (anatomopolítica/ biopolítica). En efecto, en la posmodernidad se pretende el control del cuerpo, pero especialmente de la mente del sujeto a través de la construcción de nuevas verdades que ayuden a producir realidades conforme a lo esperado. Estas tecnologías de poder no solo desarticulan los cuerpos sino también las mentes con las que construyen unos *modos particulares de ser sujetos*.

9.2.1 Las subjetividades relacionadas con la participación infantil

El trabajo de campo señala que para un grueso grupo de actores sociales del estudio, la participación infantil aún no tiene el significado pretendido para la sociedad posmoderna, es decir, todavía no han sido del todo instaladas subjetividades colectivas que asuman la participación infantil como el derecho que tienen los niños para ser reconocidos como actores del mundo social en el que viven.

Los documentos que sirven como marco teórico, normativo y legal para la participación infantil, funcionan como instrumentos en este propósito de transformación de subjetividades, pero carecen de la profundidad y claridad necesarias para colocar esta categoría en el centro de la discusión y el pensamiento.

En efecto, la CDN es un documento cuyo texto declarativo y de buenas intenciones aún exhibe vacíos, carencias y silencios que afectan negativamente la categoría al presentarla como la simple expresión de la opinión de los niños para ser tomada en cuenta. Y aunque la CDN es uno de los instrumentos más valiosos en términos de derechos de la niñez, la participación infantil no es asumida de forma explícita a través de todo el articulado, de manera que se hace referencia a ella a través del uso de términos relacionados como la *expresión de opinión, libertad en la recepción y difusión de información, libertad de ideas, pensamiento y consciencia, libertad de asociación*. Las debilidades de la CDN se trasladan hacia los

documentos que utilizan su articulado como referencia. Así se advierte en la Constitución Política, la Ley del Sistema de Seguridad Social Integral, el Código de la Infancia y Adolescencia y la Ley General de Educación, aunque este último, a diferencia de los demás documentos, propone algunos mecanismos específicos para hacer efectiva la participación de los niños.

Por su lado, en las declaraciones y orientaciones de la promoción de la salud que brindan el marco de referencia para actuar en salud, se contemplan como elementos centrales el fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la comunidad, así como el desarrollo de habilidades para la vida sana. Aún así, la participación infantil tampoco es explícita en estos documentos. El discurso de la promoción de la salud en el ámbito escolar, aunque plantea estrategias como la alfabetización en salud (capacidad de obtener, interpretar/comprender y utilizar la información básica sobre salud), el desarrollo de habilidades para la vida sana, la adopción de políticas escolares saludables, la creación de entornos saludables y el acceso oportuno a los servicios de salud; no logra claridad para definir los mecanismos y estrategias que deben ser utilizados para que los niños puedan participar en la consecución y el mantenimiento de su propia salud, tampoco logra definir los espacios desde donde deben participar los niños, y menos aún plantea estrategias para el monitoreo, control y evaluación de las expresiones y acciones realizadas por los niños para hacer visible su participación.

Estas ausencias teóricas y fácticas para entender cómo pueden ser operacionalizados los procesos participativos de los niños en los que los adultos asuman como facilitadores y colaboradores, han llevado a que los escasos ejercicios de participación infantil que se registran en el ámbito escolar no superen los niveles básicos; es decir que los ejercicios de participación infantil en las IED son definidos, iniciados, mantenidos y controlados por los adultos cercanos a los niños.

Los documentos que orientan el programa SAC, aunque articulan enfoques teóricos relacionados con los determinantes sociales de la salud, los derechos humanos, la estrategia promocional de calidad de vida y salud, la APS renovada y la gestión social integral en los que se reconoce la participación comunitaria como un elemento nuclear en la sostenibilidad y éxito de los programas de salud, la categoría participación infantil no es suficientemente explícita como para ser aprehendida y operacionalizada por los profesionales y maestros en el trabajo de campo. Así como los recursos teóricos utilizados en los programas de promoción de la salud no hacen explícita la categoría participación infantil, tampoco resuelven las inquietudes relacionadas con las formas, grados, espacios, mecanismos y estrategias de participación infantil, de manera que los operadores del programa no solo realizan su propia interpretación de lo que significa la participación infantil, sino que son ellos quienes desde su libre albedrío, definen esos mecanismos, estrategias, formas, grados y espacios para la participación de los niños.

Con respecto a los documentos que orientan las acciones de las instituciones educativas, se puede advertir que la participación infantil está propuesta como un ejercicio para la preparación de los niños en prácticas democráticas, competencias ciudadanas, organización social, y derechos y deberes ciudadanos. Apoyados en marcos teóricos que incluyen el aprendizaje significativo, la pedagogía crítica y la pedagogía activa pretenden el desarrollo de herramientas para la vida que ayuden a los niños a establecer relaciones interpersonales, interculturales y sociales efectivas, así como a desplegar la autonomía y el emprendimiento como componentes esenciales en el desarrollo de procesos participativos de la infancia. Los documentos, en el marco de la Ley General de Educación, proponen la participación de los niños a través de mecanismos de representación que garanticen las acciones democráticas y la apropiación de derechos y deberes en beneficio de la comunidad educativa. Así es que se promueve la organización del gobierno escolar para la participación democrática de los niños y los demás miembros de la comunidad educativa. En consecuencia, la participación infantil en la práctica, es considerada por un grueso grupo de maestros como ejercicios de simulación que ayudarán a

desarrollar habilidades para la socialización política. Este significado coincide con los postulados teóricos que plantean para los niños una condición de precariedad expresada como *déficit de ciudadanía* (Moreno, 2003), y una situación de exclusión en el ejercicio real de la ciudadanía (Baratta, 1998). Así pues, la participación de los niños en el ámbito escolar es un juego de imitación definido, dirigido y controlado por los adultos quienes además aseguran, no estar dispuestos a perder el control con respecto a los niños y menos aún a poner en riesgo su posición de autoridad.

En suma, aunque existen referentes teóricos, conceptuales y normativos que soportan la categoría participación infantil, éstos aún son insuficientes en tanto no logran penetrar la realidad vivida por los adultos y los niños. Antes que pensar la participación como un proceso ascendente, es necesario entenderla como ese grupo de acciones con el que los niños y niñas entran en un proceso colaborativo y de relacionamiento intersubjetivo con otros niños, niñas y/o adultos, signado por la valía, el respeto y el reconocimiento de sí mismos y de los otros, que permite desde los propios procesos de crecimiento, desarrollo y maduración, asumir posturas, lograr acuerdos, tomar decisiones en conjunto e influir en las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales del mundo en el que se vive.

Desde esa perspectiva, pierden sentido todos aquellos ejercicios que intentan comprender la participación infantil a partir de las formas, grados y ritmos, pues todos ellos dependen de variables contextuales que a la postre definirán los diferentes modos en que los niños participan. Las clasificaciones de los modos de participación infantil muchas veces no permiten advertir todo ese cúmulo de expresiones infantiles para ser leídas e interpretadas correctamente por los adultos, de manera que se produce una pérdida de oportunidades para la participación real de los niños. Así pues, toma importancia la pregunta sobre cómo interpretar y comprender adecuadamente lo que los niños quieren decir, antes que preguntar cómo hacer para que los niños participen, pues como necesidad humana ésta siempre estará presente en variados modos.

En este sentido, la participación infantil es un asunto positivo que le permite a los niños involucrarse en los asuntos que son de su interés y motivación. Aunque los actores de la investigación también identifican la participación de los niños en eventos negativos que darían lugar a lo que por ahora se puede llamar participación enajenada, aquí se considera la participación desde un concepto positivo que parte del respeto y el reconocimiento del otro para tratar asuntos de interés común.

A pesar que aún no están instaladas en la subjetividad colectiva las ideas relacionadas con la participación infantil, son cada vez más frecuentes las expresiones en favor al derecho que tienen los niños para participar. En el estudio, los adultos que a diario interactúan con los niños en las instituciones educativas empiezan a comprender que las acciones de promoción de la salud no tienen sentido en ausencia de la participación de los niños.

9.2.2 Las subjetividades relacionadas con la niñez

Aunque en la investigación parece sólida la prevalencia de la perspectiva moderna de la niñez, es indudable que existen otras perspectivas con respecto al significado que tienen los niños para determinados sectores sociales. Los marcos teóricos, referenciales y los documentos que sirven como lineamientos para la ejecución de las acciones en salud, muestran una lenta transformación en las directrices conceptuales que se deben seguir. Gran parte de estos referentes como la CDN, la Constitución Política de Colombia, la Ley del Sistema de Seguridad Social Integral, asumen aún una postura conservadora que no permite avanzar hacia una perspectiva posmoderna de la niñez.

En la CDN se toma el concepto moderno de la niñez pues se asegura que “el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales [...]” (ONU, 1989), y que el niño es ese “[...] ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (ONU, 1989, Art. 1). Este concepto moderno

condiciona el derecho a la expresión de la opinión a la edad y madurez del niño. De igual forma, en el artículo 13 relacionado con el derecho a la libre expresión y con ella a la búsqueda, recepción y difusión de información e ideas, la libertad de pensamiento, conciencia y religión, la libertad de asociación y de celebración de reuniones pacíficas siguen atadas a la etapa del desarrollo del niño. Y en los artículos 14 y 15 se reconocen los derechos a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, así como a asociarse y realizar reuniones pacíficas, pero siempre bajo la dirección de los adultos.

De igual manera, la CDN se enmarca aún en la perspectiva adultocéntrica como forma de relacionamiento entre los adultos y los niños. Particularmente en el artículo 12 se plantea el término *dar* a los niños la *oportunidad* de ser escuchados, otorgándole a los adultos la facultad de conceder o no el disfrute del derecho a la libre expresión de la opinión de los niños.

La Constitución Política colombiana y la Ley del Sistema de Seguridad Social Integral se refieren a los niños como ese sector social que requiere ser protegido y asistido dadas sus condiciones particulares. Particularmente la Constitución niega el estatus de ciudadanía porque asume a los niños como sujetos en proceso. Al contrario, la Ley General de Educación, el Código de la Infancia y la Adolescencia avanzan en el concepto de niñez cuando se refieren a los niños como sujetos con capacidades, seres activos que actúan e intervienen en sus propios procesos de desarrollo. Este concepto es mezclado con la idea de la niñez como sector social que dadas sus condiciones particulares requieren de la asistencia y la protección. En estos últimos documentos, se produce un cambio en la concepción de niñez que amplían las categorías y ponen a disposición de la sociedad toda una serie de conceptos que evidentemente van desarrollando nuevos discursos y prácticas sociales.

Las declaraciones generales de la promoción de la salud no tratan abiertamente el concepto de niñez, aunque implícitamente consideran a los niños como sujetos activos, que aportan en la transformación de los determinantes

negativos en salud. Dado que la participación comunitaria es un concepto central en este discurso, para la promoción de la salud es decisiva la alfabetización en salud de los niños escolares y el desarrollo de habilidades para la vida sana, pues es a través de estas estrategias que los niños pueden lograr el empoderamiento para aportar en la construcción de políticas escolares saludables y en la creación de entornos saludables.

Los lineamientos del SAC están sustentados en enfoques teóricos que reconocen los derechos de los niños a la salud y la capacidad de éstos para mantener un óptimo nivel de salud a través del desarrollo de habilidades para la vida. En general, los lineamientos no hacen explícita la categoría niñez de tal forma que la perspectiva de los actores sociales basada en el concepto moderno, entra en confrontación con las nuevas perspectivas teóricas. En medio de esa lucha, las subjetividades instaladas resultan potentes si se les compara con las que están en proceso de instalación.

Y aunque los documentos de las instituciones educativas tienen como marco conceptual la Ley General de Educación en la que, desde una perspectiva de derechos, ciudadanía y democracia, se debe incluir a los niños en los procesos participativos, la concepción sobre la niñez que prevalece, es la concepción moderna. Con la conformación del gobierno escolar, se ofrecen mecanismos de participación infantil para fomentar prácticas democráticas a través de la apropiación de principios, valores y el desarrollo de habilidades en organización ciudadana. Es decir, la niñez aún es considerada como ese grupo etario que está en proceso de formación y aprendizaje para los que se requieren experiencias de simulación que ayuden en la consecución del objetivo.

Aún en el marco de la CDN y de la Ley General de Educación, las subjetividades instaladas en las directivas y el personal de las IED estudiadas, se expresan en la definición de los símbolos institucionales de cada colegio. En el caso dos por ejemplo, las directivas han diseñado una bandera cuyo color blanco

significa *el alma pura del niño*, y el color verde la *fruta no madura* que representa a los niños y niñas como sujetos en proceso. De igual manera, en el escudo se resalta la imagen de un timón como símbolo que induce a pensar en la *necesidad de orientación y dirección* de los niños. En estos símbolos están representadas las ideas y pensamientos socialmente aceptados en la sociedad moderna y contemporánea.

Relacionadas con la idea prevalente de niñez, existen otras concepciones variopintas que adjetivan a los niños como seres fantasiosos, inacabados, puros, angelicales, dotados de bondad, pero a la vez, concepciones contrarias que los define como sujetos peligrosos, perversos o adultos pequeños. Esta gran cantidad de concepciones antes que mostrar una desestabilización de las representaciones sociales sobre la niñez (Runge, 2008), señalan coexistencias, mixturas, desplazamientos hacia otras formas de pensar que están determinadas por el contexto que se quiere construir, pero que a la vez, determinan contextos. La nueva concepción de niñez, es decir, la posmoderna, es esencial en la sociedad de consumo, pues los niños deben abandonar las instituciones tradicionales para ir a la conquista de lo social, cultural y económico.

En el campo de la salud, aunque con menor rapidez, los marcos teóricos implícitamente asumen a los niños como sujetos con capacidades para asumir el control de su propia salud y la de sus familias y comunidades. Hoy son evidentes algunos signos que indican que los niños se están haciendo adultos cada vez más pronto, pues tienen acceso a información que otrora era exclusiva para los adultos, lo que ocasiona que los niños se estén enfrentando a relaciones sexuales precoces, consumo de sustancias psicoactivas como las drogas, el cigarrillo y el alcohol, que generan situaciones de riesgo para su salud.

9.2.3 Las subjetividades relacionadas con el discurso de los derechos

La ausencia de una teoría consolidada sobre los derechos humanos ha tenido como consecuencia los fallos y vacíos de la CDN y por tanto, la inoperancia de su

articulado a pesar de contar con una normativa y con algunas experiencias prácticas de lucha por la reivindicación de los derechos de los niños y niñas. Estos fallos y vacíos estructurales, impactan frontalmente el conocimiento que pueden tener los actores sociales sobre el enfoque de derechos. Lo que se concluye en la investigación, luego del trabajo de campo, es que existe un conocimiento general, poco profundo y ligero con respecto al tema de los derechos de los niños.

La desarticulación entre la normatividad basada en el enfoque de derechos y la cotidianidad de los sujetos existe porque aquella se mantiene en un plano enunciativo que le impide tocarse con lo vivido. Esta escisión entre la normatividad y la vivencia cotidiana se constituye en un factor negativo determinante para la reivindicación de los derechos humanos. Más aún, esta escisión impide el reconocimiento de los derechos particulares de los niños tratados en la CDN que derivan en posturas marginales de la sociedad en general, frente al derecho de la participación infantil.

De otra parte, el derecho a la participación infantil en las IED tiene un sesgo hacia la preparación de los niños para su participación política futura, en la que se espera hacer uso de mecanismos de representación que garanticen la vida en un sistema democrático pleno. En efecto, el tema de la participación de los niños en las IED solo es aceptada como estrategia de preparación para la participación política que deja de lado otros mecanismos, espacios y formas de participación en el ámbito escolar.

Y aunque los medios masivos de comunicación han sido utilizados para provocar la apropiación del discurso de los derechos por parte de la sociedad en general, en el decir de los actores sociales de la investigación, lo que se ha producido es una interpretación inadecuada que ha terminado por lesionar las normas que garantizan el respeto de los niños hacia sus padres y maestros. En ese sentido, se ha promocionado con mayor hervor el tema de los derechos a la participación infantil, que el de las responsabilidades que implican esa

participación, de ahí que exista una mayor afinidad de los adultos de las IED por la propuesta de la nueva derecha en el sentido de colocar las responsabilidades como requisito para disfrutar la condición de ciudadanía.

Particularmente en el tema de los derechos a la salud, los maestros insisten que éstos deben estar atados a sus respectivas responsabilidades. Así pues, para que los niños y niñas puedan disfrutar del derecho a la salud, deben cumplir con la responsabilidad de asumir conductas no riesgosas, desarrollar habilidades para la vida y establecer una relación equilibrada consigo mismo, los demás y el entorno en el que viven.

En suma, el discurso de los derechos de los niños no ha logrado trascender los espacios sociales en tanto a través del articulado de la CDN se ha mantenido como un marco normativo que no ha sido operacionalizado dadas las condiciones contextuales que vehiculan diferencias sociales, económicas, políticas y culturales.

9.2.4 Las subjetividades relacionadas con la promoción de la salud

Aunque la promoción de la salud se ha reconocido como la estrategia más adecuada para mejorar las condiciones de salud y vida de los sujetos a través del desarrollo de capacidades y habilidades personales y colectivas para el manejo de los riesgos, la participación social para la acción frente a determinantes negativos, y el trabajo interdisciplinar e intersectorial para el ejercicio de la abogacía; existe un profundo desconocimiento sobre el tema de la promoción de la salud por parte de los operadores de los programas de promoción, que ha derivado en la difícil tarea de implementación de los elementos técnico-científicos en el terreno de lo social.

En consecuencia, la estrategia de la promoción de la salud ha quedado reducida al desarrollo y uso de talleres educativos relacionados con temas de salud. En efecto, no existe una apropiación adecuada de los elementos teórico-científicos en la práctica de la promoción de la salud, que explicaría el bajo impacto de cada

uno de los componentes y sub-componentes del programa SAC en el ámbito escolar.

En ese sentido, el discurso de la promoción de la salud no está suficientemente elaborado en la comunidad educativa, así como tampoco está fortalecida la acción colectiva y la participación de la comunidad, entre ellas la participación de los niños. Esto tiene unas implicaciones graves para el control de los condicionantes sociales negativos de la salud, en tanto los sujetos continúan al margen de los procesos que tienen que ver con su propia salud y su calidad de vida.

Así es posible explicar por qué para la comunidad educativa en general, el enfoque promocional no tiene la importancia que sí se le atribuye a las actividades asistenciales y curativas, especialmente, en una comunidad en la que las dificultades de aprendizaje, la disminución de capacidades auditivas y visuales, los trastornos del desarrollo, los problemas nutricionales, las alteraciones mentales y el uso y abuso de sustancias psicoactivas en los niños son tan frecuentes.

Se sabe que el empoderamiento de los sujetos sobre los asuntos relacionados con su salud, depende en buena medida de una adecuada alfabetización en salud, que integre no solo los aspectos cognitivos y metodológicos de los procesos de aprendizaje, sino también los aspectos afectivos e ideológicos, los cuales son susceptibles de ser expresados en actividades participativas, de intercambio y de relación con los otros. La comunidad educativa considera que un buen programa de salud escolar debe vincular de manera equilibrada estrategias promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, porque lo que se advierte es que las estrategias preventivas y promocionales son ofrecidas para las poblaciones vulnerables en las que residen la pobreza, la baja educación, la exclusión social y unos estándares de salud inadecuados. Por el contrario, las acciones de curación y rehabilitación parecen reservadas a los sectores sociales con capacidad de pago por un servicio de salud que es ofrecido en el mundo del mercado.

9.3 La construcción de contextos funcionales al poder soberano

Las subjetividades instaladas conforman contextos cargados de obstáculos que se comportan como fuerzas que ejercen un efecto negativo sobre las posibilidades para desarrollar procesos participativos con los niños. Estas fuerzas las he llamado los *nudos contextuales*, que están referidos a lo objetivable y conspicuo del problema, a aquello que conforma la urdimbre visible pero que vela y protege las verdaderas resistencias a la participación infantil.

Son las instituciones parte de los dispositivos de poder que producen técnicas disciplinarias y de control, para ayudar a producir realidades a través de la configuración de sujetos y subjetividades individuales y colectivas que sean fieles al propósito soberano. Los sujetos son sometidos a técnicas de disciplinamiento y control para moldear sus pensamientos, acciones y deseos que no acogen la participación infantil como el derecho que tienen los niños y niñas para inmiscuirse en los asuntos que son de su interés. Las técnicas de disciplinamiento son tangibles en los programas de promoción de la salud que se ofrecen en las IED, pues en ellos persisten la medicalización, la intrasectorialidad y la marginación de los sujetos en la construcción de políticas y programas.

En efecto, suele seguirse el modelo *top-down* para la elaboración de políticas y programas, y ello alude al poder soberano que establece el control sobre los procesos de construcción e instalación de estas políticas y programas, de manera que, bajo una perspectiva piramidal, el soberano está en el vértice para tener toda la capacidad de control. Desde ese vértice, el poder desciende y se distribuye en una sola dirección hacia la base, en la que están ubicados los sectores vulnerables, los excluidos, los dominados, y dentro de ellos los niños y las niñas. En la perspectiva de Aguilar (1993), este modelo de implementación de políticas tiene como soporte el pensamiento racionalista propio de la modernidad, que alardeando de la eficacia y la eficiencia, pretende unos resultados definidos sobre los sujetos individuales y colectivos.

El modelo top-down para la construcción e implementación de políticas de salud, revela los propósitos de disciplinamiento y control como mecanismos de apropiación de los cuerpos y mentes de los sujetos. De ahí la importancia de la estadística como herramienta para registrar, medir y cuantificar la cobertura de las acciones derivadas de las políticas y programas, en los que la concertación, la participación y el reconocimiento del otro, no son parte constitutiva, ni requisito para el trabajo con las comunidades. El modelo lesiona entonces la motivación y el interés de la comunidad, compromete la autonomía del sujeto y margina a los implicados de los asuntos relacionados con su propia salud. Eso es justamente lo que expresan los actores sociales en esta investigación.

Ahora bien, aunque el poder soberano requiere la instalación de nuevas técnicas de gobierno, lo que se advierte en el campo de lo social, es la confrontación entre subjetividades fuertemente instaladas y subjetividades en instalación que se expresan en condicionantes negativos para la participación infantil, aunque ésta empiece a ser deseada para la nueva época.

En efecto, el trabajo de campo señala que persiste la intrasectorialidad expresada en la débil relación entre los sectores comprometidos en el programa SAC, a saber, el sector educativo y el sector salud. Las distancias teórico-prácticas entre esos sectores, la descordinación y falta de comunicación entre los diseñadores de políticas y los operadores de esas políticas, la marginación de los sectores sociales, especialmente de los niños, dan cuenta del poco avance que se está haciendo hacia la nueva época.

Están presentes los elementos característicos de la modernidad que indican que las técnicas de gobierno posmodernas no se han instalado y que los contextos sociales construidos son aquellos que responden adecuadamente a las técnicas de gobierno de la modernidad. Así pues, es funcional al poder soberano moderno, una base social oprimida, vulnerable, excluida, en la que los niños son disciplinados a través de prácticas violentas, del abuso del poder adulto y de unas relaciones

autoritarias y asimétricas que lo colocan en condición de indefensión. Y aunque estas prácticas no pueden ser generalizadas a todos los sectores sociales, es evidente que los niños de los sectores más pobres de la sociedad, se enfrentan a situaciones que amenazan permanentemente su salud corporal y mental.

La supervivencia en un contexto caracterizado por carencias de todo tipo, obliga a los padres a asumir largas y extenuantes jornadas de trabajo que dejan en la soledad a los niños. En consecuencia, muchos de estos niños suelen ocupar la calle, en la que se hacen presas fáciles de grupos de delincuencia juvenil o de explotación infantil. Esta vida en soledad, se constituye en un factor determinante negativo que impide desarrollar todas las potencialidades que residen en el ser niño y una gran variedad de capacidades individuales y sociales que garantizan la adecuada relación con los otros.

En otros casos, la ausencia física de los padres genera un desplazamiento de las prácticas de cuidado, atención, educación y crianza de los niños hacia otras instituciones diferentes a la familiar. Y si bien, existen grupos que consideran que la familia debe continuar como el primer lugar en el que los niños reciban los insumos básicos para la construcción de su personalidad y para la satisfacción de sus necesidades, otros consideran que las instituciones educativas no se pueden abstraer de esas responsabilidades con los niños. Lo cierto es que cada vez más los espacios familiares se sustraen como el principal lugar para el establecimiento de actividades propias con los niños, para la construcción de las formas de regulación y relacionamiento, para la producción y edificación de la personalidad que, en conjunto, permiten tejer esa base segura para la configuración del sujeto social y político.

Los maestros como testigos presenciales de las difíciles situaciones familiares y sociales en las que viven los niños, no logran comprender por qué no se produce una intervención efectiva del Estado en los hogares de estos niños, de la misma forma en que lo hace en otras instituciones, las cuales han sido sancionadas

con severidad ante la confirmación de faltas graves cometidas contra la integridad física y emocional de los niños.

En ese mismo sentido, el Estado debe formular y poner en ejecución políticas y programas para ocupar adecuadamente el tiempo libre de los niños y adolescentes luego de su jornada escolar. En ese sentido, los colegios con el apoyo de las SDS, SED, SISD pueden ofrecer en horarios contrarios a la jornada escolar, actividades deportivas, culturales, artísticas, musicales y recreativas que alejen a los niños de la calle o de la compañía peligrosa de la T.V. y los juegos de Internet.

En suma, los contextos sociales cargados de pobreza, violencia y soledad para los niños se constituyen en un gran obstáculo para planear, iniciar, desarrollar y mantener procesos participativos que lleven a los niños a asumir el control de su propia salud y de su vida. La configuración de nudos contextuales impiden que todas aquellas manifestaciones humanas y naturales que tienen los niños para participar, pasen inadvertidas ante los ojos de los adultos, quienes no logran identificar e interpretar las diferentes formas, grados y ritmos de participación.

No por eso deja de tener importancia el trabajo desarrollado por los profesionales del programa SAC y los maestros de las instituciones educativas, quienes con su colaboración han llevado cada vez más a los niños y niñas a tomar consciencia de lo que sucede a su alrededor y del impacto que las condiciones de su vida pueden tener sobre su propia salud y bienestar. Y aunque no siempre los niños logran identificar situaciones y eventos adversos, la información que reciben en las instituciones educativas resulta más que valiosa.

REFERENCIAS

- Abello, R. (2000). *Infancia y conocimiento social: investigación con niños que viven en contextos de pobreza*. Barranquilla: Uninorte.
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2007). *Programa Salud al Colegio. Me siento bien, Aprendo bien. Guía para directivos, docentes y administrativos de los colegios distritales*. Bogotá: SED-SDS.
- Acosta, A. y Pineda, N. (2007). *Ciudad y Participación Infantil*, Bogotá: Cinde.
- Alonso, J.C. (2003). El estudio de caso simple: un diseño de investigación cualitativa. En: *Textos de Política y Relaciones Internacionales*. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Aguilar, L. (1993). Estudio Introdutorio. En: *La Implementación de las Políticas*. México D.F.: Miguel Ángel Porrua.
- Alonso, J.M. (2003). Experiencias de participación infantil en España. En: *Monitor Educador*. No. 96. pp. 51-54.
- Alzate, M.V. (2002). El “descubrimiento” de la infancia (I): historia de un sentimiento. En: *Revista de Ciencias Humanas* No. 30. Pereira: UTP.
- Ariés, P. (1993). La infancia. En: *Revista de Educación* No. 254. España.
- ATI – Proyecto Aurora – Corporación Viva la Ciudadanía (2004). *Derecho a la alimentación: la cara dura de la pobreza*. En: *Reelección: El Embrujo Continúa, Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Colombia: Antropos.
- Bajo, F. y Betrán, J.L. (1998). *Breve Historia de la Infancia*. Madrid: Temas de Hoy.
- Baratta, A. (1998). *Infancia y Democracia*. En: García Méndez, E., Beloff, M. (Comps.). *Infancia, ley y democracia en América Latina. Análisis crítico del panorama legislativo en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1990-1998)*. Bogotá: Temis/Depalma.

- Bartlett, S. Hart, R. Satterthwait, D. et al (2004). Ciudades para la niñez. Los derechos de la infancia, la pobreza y la administración pública. Bogotá: Unicef.
- Beck, U. (2002). La sociedad del riesgo global. Madrid: Siglo XXI.
- Belda, S; Boni, A; Peris, J. (2012). Los enfoques basados en derechos en la práctica de las ONGD. Grupo de estudios en desarrollo, cooperación y ética. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.
- Botero, P. Torres, J. y Alvarado, S.V. (2008). Perspectivas teóricas para comprender la categoría participación ciudadana-política juvenil en Colombia. En: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 6. No. 2. Julio-Diciembre. Manizales.
- Cajiao, F. (1998). Niños y jóvenes como ciudadanos de pleno derecho. En: La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención: visiones y perspectivas. Bogotá: Actas del Seminario.
- Calderón, E. (2003). Trabajo Infantil, Justicia Distributiva y Economía del Bienestar. En: Revista Internacional de Sociología (RIS). Tercera Época. No. 36. Sept.-Dic. p. 33-57. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Carvalho, G. y Restrepo, H. (2006). Sonrisas y sueños de niñas, niños, adolescentes y jóvenes de Medellín y Antioquia. Una experiencia de proceso y proyecto participativo. III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International. 17 al 19 de julio. México D.F.
- Castro-Gómez, S. (2009). Tejidos Oníricos. Movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Chadwick, E. (1842) (1965). The sanitary condition of the labouring population of Great Britain. (Ed. M. W. Flinn). Edimburgo: Edinburgh University Press.
- CIPS (2005). Curso Internacional de Promoción de la Salud. Guía del Alumnado. Material sin publicar.
- Colombia (2005). Constitución Política. Bogotá: Temis.

- Colombia, Congreso Nacional de la República (1993, 23 de diciembre). “Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral”. En: Diario Oficial, núm. 41.148, 23 de diciembre de 1993. Bogotá.
- Colombia, Congreso Nacional de la República (1994, 8 de febrero). “Ley 115 del 8 de febrero de 1994, por medio de la cual se expide la ley general de educación”. En Diario Oficial, núm. 41.214, 8 de febrero de 1994. Bogotá.
- Colombia, Congreso Nacional de la República (2006, 8 de noviembre). “Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, por medio de la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, en Diario Oficial, núm. 46.446, 8 de noviembre de 2006. Bogotá.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social –Conpes- 109 del 3 de diciembre de 2007. Política Pública Nacional de Primera Infancia, “Colombia por la Primera Infancia”. Bogotá.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social –Conpes- 2787 del de 1995. Política Pública Nacional de Primera Infancia, “Colombia por la Primera Infancia”. Bogotá.
- Conde, S. (1998). La construcción de prácticas democráticas en una escuela de la ciudad de México. El perro sin mecate. México: Aguascalientes.
- Contraloría General de la Nación (2009). Informe Social 2008 presentado ante el Congreso de la República. Bogotá.
- Cordero, L. y Ponce, M. (1998). Participación Infantil Ciudadana y Lúdica. Quito: Abya-Yala.
- Corona, Y. y Linares, M.E. (2007). Promoviendo la participación infantil y juvenil en el marco de la construcción de ciudadanía. En: Corona, Y. y Linares, ME. (Cords.) Participación Infantil y Juvenil en América Latina. México: UAM y Universidad de Valencia.

- Cortina, A. (1998). Ciudadanos como protagonistas. En: *Ética ciudadana y derechos humanos de los niños*. Magisterio. Santa Fe de Bogotá.
- Crowley, M. (1998). Participación infantil: Para una definición del marco conceptual. En: *La participación de niños y adolescentes en el Contexto de la Convención sobre los derechos del niño: visiones y perspectivas*. Bogotá: Actas del Seminario.
- Cumbre de las Américas (1994). Declaración de Principios. Primera Cumbre de las Américas: 1994, p. 3, 4, 5. Miami.
- Cussianovich, A. (2005). Participación ciudadana de la infancia desde el paradigma del protagonismo. En: *II Congreso Mundial de Infancia y Adolescencia "Ciudadanía desde la Niñez y Adolescencia y Exigibilidad de sus Derechos"*. Lima.
- _____ (2010a). Paradigmas de las culturas de infancia como formas de poder. *Materiales de estudio No. 1*. Lima: Infant.
- _____ (2010b). Ensayos sobre Infancia II. *Sujeto de Derechos y Protagonista*. Lima: Ifejant.
- _____ (2010c). *Aprender la Condición Humana*. Ensayo sobre la pedagogía de la ternura. Lima: Ifejant.
- De Armenteras, C.F. Cabra, M.M. Gilabert, M.J. Alonso, L. del Valle, M.D. (2004). *Alcalá somos todos: Un modelo de participación infantil y juvenil*. En: *Pulso*. 27. p. 119-131.
- Deleuze, G. (1991). Posdata sobre las sociedades de control. En: Ferrer Christian (Comp.). *El lenguaje literario*. T. 2. Montevideo: Nordan.
- De Mause, LL. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Alianza.
- Doltó, F. (1992). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Easterly, W. (2006). *The White Man`s Burden*. New York: Penguin Books.
- Escobar, G. (1997). *Familia e infancia: las nuevas voces de la democracia, el papel de la escuela*. Instituto para el Desarrollo de la Democracia Luis Carlos Galán. Santafé de Bogotá.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. México: Siglo XXI.

- _____ (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- _____ (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. Conferencia 4. Barcelona: Gedisa.
- _____ (1999a). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En: *Obras esenciales*. Vol. II. Barcelona: Paidós.
- _____ (1999b). *La gubernamentalidad*. En: Foucault, M., *Estética, ética y hermenéutica*. Vol. III. Barcelona: Paidós.
- _____ (1999c). *La política de salud en el siglo XVIII*. En: *Obras esenciales*. Vol. II. Barcelona: Paidós.
- _____ (2010). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1994). *Dichos y escritos*. París: Gallimard.
- _____ (1990). *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Madrid: Paidós/I.C.E.-U.A.B.
- Fundación Corona, Fundación Santa Fe de Bogotá y col. (2010). *Así vamos en salud* (en línea). Disponible en www.asivamosensalud.org, recuperado: 17 de mayo de 2010.
- Gaytán, A. (1998). *Protagonismo infantil*. Bogotá: Actas del Seminario.
- Galvis, L. (2006). *Las niñas, los niños y los adolescentes titulares activos de derechos: mirada a latinoamérica*. Bogotá: Aurora.
- González, J. (2007). *La argumentación a partir de cuentos infantiles*. En: *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. abril-junio. Año/vol. 12. Número 033. COMIE. pp. 657-677. México D.F.
- González, J.I. (2005). *El estatuto teórico de la niñez y de la juventud en la reflexión económica*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 3. No. 2. Julio-Diciembre 2005.
- Hardt, M., Negri, A. (2002). *Imperio*. México D.F.: Paidós.
- Hart, R. (1997a). *La participación de los niños en el desarrollo sostenible*. Unicef. p.a.u. education.

- _____ (1997b). *Children's Participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London: Earthscan.
- _____ (2000). *La participación de los niños: de la participación simbólica a la participación auténtica*. Centro Internacional de Desarrollo Infantil. Florencia: Unicef.
- _____ Himes, J. y Lansdown, G. (1998). *Comentario y recomendaciones para las iniciativas de Unicef y Rädde Barnen relativas al derecho del niño a la participación, según lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño*. En: *La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención: visiones y perspectivas*. Bogotá: Actas del Seminario.
- Hernández, J. (2006). *Construyendo ciudadanía en la niñez: Un análisis de la cuestión en la ciudad de Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, M. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá: OPS.
- Herrera, J.D. (2010). *La comprensión de lo social: horizonte hermenéutico de las ciencias sociales*. Bogotá: Cinde.
- Hungerland, B., Liebel, M., Liesecke, A., Wihstutz, A. (2006). *¿Caminando hacia la autonomía? Significados del trabajo de los niños en Alemania*. *Política y Sociedad*. Vol. 43. No. 1. pp. 125-138.
- Hoyos, G., Aldecoa, F., Sañudo, M.F. (2011). *Gestión de los derechos humanos: guía para su aplicación en los proyectos de cooperación al desarrollo*. Bogotá: Instituto Pensar/Pontificia Universidad Javeriana.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2008). *Forensis. División de Referencia de Información Pericial*. Bogotá.
- Ippolito-Shepherd, J. (2010). *Estrategias de promoción de la salud y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles*. En: *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades*. Ippolito-Shepherd, J. (Comp.). Buenos Aires: Paidós.

- Kymlicka, W., Norman, W. (1997). El retorno del ciudadano, una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. Barcelona: Paidós.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Ministry of health and Welfare.
- Landsdown, G. (2001). Promoting Children's Participation in Democratic Decisions-Making, Innocenti Insight. London: Unicef.
- _____ (2005). ¿Me haces caso?. El derecho de los niños pequeños a participar en las decisiones que los afectan. Cuadernos sobre Desarrollo Infantil Temprano.No. 36s. La Haya: Bernard van Leer Foundation.
- Latham, M. (2000). Modernization As Ideology: American Social Science and "Nation-Building" in the Kennedy Era. North Carolina: University of North Carolina Press.
- Ligero, J.A. y Martínez, M. (2003). Familia, Infancia y Derechos: Una mirada cualitativa desde la percepción adulta. Portularia 3. p. 49-65. Universidad de Huelva.
- Linares, M.E. (2006). Formación en la acción. III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International. Ciudad de México.
- Lundy, M. (1999). Bienestar y Participación, una construcción local. Versalles. Valle del Cauca. En: Territorios. Enero. No. 001. pp. 139 a 152. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Mckeown, T. (1990). Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica.
- McEwan, P. (1998). The effectiveness of multigrade schools in Colombia. Journal Educational Development. Vol. 18. No. 6. Pp. 435-452. Great Britain: Elsevier Science.
- Medina, S. (2000). Derechos a mi medida. Ciudadanos desde el preescolar. En: Early Childhood Matters. No. 12. Bernard van Leer Foundation.
- Mejía, M.R. Restrepo, G. (2001). Formación para la educación y la democracia en Colombia. Elementos para un estado del arte: borrador para la discusión. Bogotá: Instituto Luis Carlos Galán-UNESCO.

- Meresman, S. (2005). De las salud pública a la salud comunitaria y de la salud escolar a las escuelas promotoras de salud. En: Curso Internacional de Promoción de la Salud 2005. Guía del alumnado.
- Mignolo, W. (2003). Historias locales/diseños globales: Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal.
- Ministerio de Protección Social (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá: Javegraf.
- Moreno, G. (2007). La ciudadanía como meta de la triada republicana. En: Argumentos. Volumen 20. Número 053. p. 35-54. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
- Moreno, L. (2003). Ciudadanía, desigualdad social y estado de bienestar. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de Trabajo. 03-08.
- Muñoz, S. (2007). Participación de adolescentes de comunidades urbanas pobres: el caso del grupo Jóvenes de la Cuadra. En: Participación Infantil y Juvenil en América Latina (Cords.) Corona, Y. y Linares, ME. México: UAM.
- Navarro, V. (2009). Concepto actual de salud pública. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Novella, A. (2008). Formas de Participación Infantil: la concreción de un derecho. No. 38. p. 77-93. Barcelona.
- Noya, F. (1999). Metodología, Contexto y Reflexividad. Una perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social. En: Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (Eds.). Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis.
- Olivera, G. y Herrera, M. (2002). Estrategia Escuelas Saludables Colombia. Memorias de la tercera reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud. OPS. p. 172-189.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. 6-12 de septiembre de 1978.

- Organización Mundial de la Salud (1986). La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño.
- Organización de las Naciones Unidas (2009). Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en Colombia.
- Pérez, J. (1998). El niño como sujeto social de derechos. Una visión del niño para leer la convención. En: La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención: visiones y perspectivas. Bogotá: Actas del Seminario.
- Pettit, P. (1999). Republicanismo: una teoría sobre la libertad y el gobierno. Barcelona: Paidós.
- Piaget, J. (1997). Les operations logiques et la vie sociale. En: Etudes sociologiques. Ginebra: Librairie Droz.
- Plant, R. (1974). Community and Ideology: An Essay in Applied Social Philosophy. London: Routledge & Kegan Paul.
- Real Academia de la Lengua Española (2001). Diccionario de la Lengua Española. 21 Edición. Madrid: Espasa.
- Requejo y Taboada (2001). Las autorías de la palabra infantil: un derecho humano inalienable. En: Cuadernos. Diciembre. Número 19. pp. 63-82. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Secretaría de Ciencia y Técnica y Estudios Regionales. San Salvador de Jujuy: Universidad de Jujuy.
- Reyes, M.E. (2005). Antecedentes de la atención a la primera infancia en el país. Observatorio sobre Infancia. Bogotá: Universidad Nacional.
- Rizzini, I. y Thapliyal, N. (2007). Percepciones y experiencias de participación de niños y adolescentes de Río de Janeiro. En: Corona, Y. y Linares, ME. (Cords). Participación Infantil y Juvenil en América Latina. México: UAM.

- Rogoff, B. (1993). *Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Barcelona: Paidós.
- Rojas, J. (2007). Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930. En: *Historia*. Enero-junio. Año/vol. 40. No. 001. pp. 129-163. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Runge, A. K. (2008). Heterotopías para la infancia: reflexiones a propósito de su “desaparición” y del “final de su educación”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud*. 6 (1): 31-53. Manizales.
- Sáenz, J., Saldarriaga, O. y Ospina, A. (1997). *Mirar la Infancia: Pedagogía, Moral y Modernidad en Colombia 1903-1946*. Medellín: Colciencias, Ediciones Foro Nacional por Colombia, Editorial de Universidad de Antioquia y Ediciones Uniandes.
- Salazar, M.C. (2006). *Los esclavos invisibles: autoritarismo, explotación y derechos de los niños en América Latina*. Bogotá: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Sánchez, R. (2007). Alcances y límites de los conceptos biopolítica y biopoder en Michel Foucault. En: Sánchez, R. (Edt.). *Biopolítica y formas de vida*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Sánchez-Quejía, I. et al (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. En: *Revista de Psicología Social*. 2006. 21 (3). 259-271. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid: Universidad de Sevilla.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta S.A.
- Sepúlveda, M.A.; López, G.; Guaimaro, Y. (2006). Exhortando a los niños y a las niñas a conquistar su derecho a participar. III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International. Ciudad de México.
- Shaffer, D. (2007). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Georgia: Cengage Learning.
- Simmel, G. (2002). *Cuestiones Fundamentales de Sociología*. Barcelona: Gedisa.

- Smith, A.M. (2007). Los niños de Loxicha, México: exploración de algunas ideas sobre la niñez y de las reglas de participación. En: Corona, Y. y Linares, ME. (Coords.). Participación Infantil y Juvenil en América Latina. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Stake, R. (1998). Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata.
- Terigi, F. y Perazza, R. (2006). Las tensiones del formato escolar en las nuevas configuraciones de la relación familia/comunidad/ escuela: Una experiencia de educación infantil en la Ciudad de Buenos Aires. En: Journal of Education for International Development 2:3. Disponible en: <http://www.equip123.net/jeid/articles/4/lastensionesdelformatoescolar.pdf>.
- Tonucci, F. (1998). La ciudad de los niños: un modo nuevo de pensar la ciudad. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Trías, E. (1999). La razón fronteriza. Barcelona: Destino.
- Trilla, J. y Novella, A. (2001). Educación y participación social de la infancia. En: Revista Iberoamericana de Educación. Mayo-agosto. Número 026. OEI. pp. 137-164. Madrid.
- Toro, B. (1998). Ponencia dictada en el Foro de Educación Cívica y Cultura Política Democrática. Familia y Comunidad en la Educación para la Democracia. Transcripción. México.
- Unicef (2009). Estado Mundial de la Infancia. Edición Especial. Celebrando 20 años de la Convención de los Derechos del Niño. New York.
- Urteaga, M. (2007). Jóvenes e indios en la ciudad. En: Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales, No. 28. Julio/diciembre. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Van Dijk K., Sylvia C. (2007). Participación Infantil: Una revisión desde la ciudadanía. En: Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales. No. 28. Julio/diciembre. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Vigotsky, L.S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press.

- Zanabria, M. y Fragoso B. (2006). Construyendo espacios de participación infantil en seis municipios de Tlaxcala. En: III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International. 17-19 de julio. Ciudad de México.
- Zapata, V. (2001). Sobre los conceptos de niño/joven, niñez/juventud. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Zemelman, H. (2005). Voluntad de conocer: El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico. México: Anthropos.
- Zemelman, H. (2007). El ángel de la historia: determinación y autonomía de la condición humana. Barcelona: Anthropos.

ANEXO 1

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

Un estudio de casos múltiple en el marco del modelo de promoción de la salud

GUÍA DE TRASCRIPTIÓN DE ENTREVISTAS CUALITATIVAS

Apreciado transcriptor(a), ésta es una guía que orientará su trabajo en la adecuada transcripción. Todos los elementos provenientes de la entrevista son de suma importancia para esta investigación, por lo tanto, deben ser registrados y no puede contemplarse la posibilidad de desechar algún contenido.

Deberán tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Las márgenes deben responder a las siguientes medidas: superior 2 cm, inferior 2 cm, interna 2 cm y externa 2 cm.
- Fuente en Times New Roman 12 puntos
- Párrafos justificados
- Espacio interlineal de 1.5
- Hojas en tamaño carta, numeradas en el extremo inferior externo
- Encabezado en todas las páginas en el extremo superior externo con “Análisis de los procesos de resistencia a la participación infantil” con letra Times New Roman en 10 puntos.
- El cabezote de la entrevista debe incluir el nombre de la institución educativa, la fecha y hora de entrevista, el nombre del entrevistado, el nombre del entrevistador, el código de la entrevista. Este código se encuentra en el nombre que identifica la grabación.
- La identificación de las preguntas y las respuestas se hace en la primera línea de cada párrafo, mencionando quien interviene con las siglas del nombre de quien interviene. Esta identificación debe hacerse en negrita.

- La transcripción debe hacerse de manera que sea lo más fidedigna posible a la conversación que se tuvo entre el entrevistado y el entrevistador.
- Al final de la transcripción, se escribe una frase indicando el lugar, la fecha, la hora y la(s) persona(s) que colaboraron en la transcripción.

Ejemplo del cabezote de toda entrevista:

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS PARTICIPATIVOS DE LOS NIÑOS EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD					
TRASCRIPTIÓN DE ENTREVISTAS					
Entrevistado:		Código:			
Localidad:					
Colegio:		Fecha:	dd	mm	aaaa
Entrevistador:		Hora:			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL: Un estudio de casos múltiple en el marco de los programas de promoción de la salud

Estimado padre/madre de familia:

Soy estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la alianza CINDE – Universidad de Manizales. Actualmente me encuentro realizando un estudio sobre la participación de los niños y niñas en los programas de salud al colegio con el objetivo de analizar los procesos que obstaculizan esa participación. Su hijo/a ha sido seleccionado para esta investigación y por ello muy respetuosamente estoy solicitando su autorización para que él/ella pueda participar.

La vinculación de su hijo/a a esta investigación es voluntaria y él/ella al igual que usted tienen el derecho de no aceptar o de retirarse en cualquier momento. Es importante que usted sepa que el estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio, así como tampoco recibirá ninguna compensación por participar. Los niños/as que participen se vincularán a talleres lúdicos en los que realizarán dibujos libres, cuentos, actividades de pintura, fotografías, todo ello dentro de las instalaciones del colegio y en horarios convenidos con ustedes y con las directivas.

Los resultados serán socializados en el colegio y estarán disponibles si desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta investigación, se puede comunicar con la investigadora quien atenderá de manera directa su requerimiento.

Si desea que su hijo/a participe, favor diligenciar la autorización de abajo y devolver a la profesora directora de grupo.

Nombre investigadora: Claudia Isabel Córdoba S.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, participe en el estudio Análisis de los Procesos de Resistencia a la Participación Infantil: un estudio de casos múltiples dentro del marco de los programas de promoción de la salud.

He recibido copia de este procedimiento.

Firma Padre/Madre de Familia

Fecha

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL: Un estudio de casos múltiple en el marco de los programas de promoción de la salud

Estimado profesor/a:

Soy estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la alianza CINDE – Universidad de Manizales. Actualmente me encuentro realizando un estudio sobre la participación de los niños y niñas en los programas de salud al colegio con el objetivo de analizar los procesos que obstaculizan esa participación. Usted reúne los criterios de selección de la muestra y muy respetuosamente estoy solicitando su autorización para vincularlo a este trabajo.

Esta vinculación es voluntaria y usted tiene el derecho a no aceptar o a retirarse en cualquier momento. Es importante que sepa que el estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio, así como tampoco ofrece ninguna compensación por participar, salvo pasar un rato agradable. Los profesores/as que participen se vincularán a una entrevista de grupo focal para discutir el tema de la participación infantil en los programas de promoción de la salud, y se convendrá una fecha para iniciar una serie de entrevistas individuales. Esta actividad se realizará en las instalaciones del colegio y en los horarios convenidos con ustedes y con las directivas.

Los resultados serán socializados en el colegio y estarán disponibles si desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta investigación, se puede comunicar con la investigadora quien atenderá de manera directa su requerimiento.

Si desea participar, favor diligenciar la autorización de abajo y devolver a la investigadora en los momentos que ella se encuentre en la institución.

Nombre investigadora: Claudia Isabel Córdoba S.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio “Análisis de los Procesos de Resistencia a la Participación Infantil: un estudio de casos múltiples dentro del marco de los programas de promoción de la salud”.

He recibido copia de este procedimiento

Firma Profesor/a

Fecha

ANEXO 4

**ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE RESISTENCIA A LA PARTICIPACIÓN
INFANTIL EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD CON PROFESIONALES DE LA SALUD
COLEGIO CASO 1**

El tema que vamos a tratar está relacionado con la participación infantil en los programas de promoción de la salud que el equipo de profesionales de Salud al Colegio ofrece en esta institución. Voy a grabar la conversación porque si tomo nota, podría demorarme mucho. Todo lo que usted diga sobre el tema será de mucha importancia para este trabajo por ello le ruego contestar de manera honesta y franca a todas las preguntas planteadas recordando que todo lo que usted diga es confidencial y se respetará su identidad.

CONOCIMIENTO SOBRE LOS PROGRAMAS:

1. Cuánto tiempo lleva vinculada al programa Salud al Colegio?
2. Cómo conoció este programa?
3. Cómo se vinculó al programa?
4. Qué participación tiene usted en este programa y qué actividad desarrolla en él?
5. Cómo funciona el programa Salud al Colegio (objetivos, estrategias, lineamientos, metodologías, etc.)?
- 6.Cuál es la estructura de funcionamiento del programa?
7. Uno de los objetivos de Salud al Colegio es promover la participación de los niños, niñas, jóvenes, docentes, orientadores, directivos, administrativos, padres y madres de familia en procesos de desarrollo individual y colectivo. Cómo se hace operativo este objetivo y cuáles acciones se llevan a cabo para lograrlo?
8. Está planteada la participación de los niños en el programa Salud al Colegio?

9. Cómo se relacionan los principales componentes del programa Salud al Colegio con la Participación Infantil?
10. Los niños participan en el programa?
11. De qué manera participan los niños en este programa?
12. Cuáles son los obstáculos que según su consideración se producen para que los niños participen efectivamente?
13. Cree que la salud de los niños ha mejorado con el programa?
14. Cree que el programa está funcionando?
15. Uno de los principios de Salud al Colegio plantea que se debe hacer parte de los PEI. Cómo está este principio en el colegio?
- 16.Cuál es la vinculación que ustedes tienen con el equipo de gestión de la secretaría de educación?
17. Cómo se hace la gestión a nivel local e institucional del programa?
18. Qué sabe sobre los programas de promoción de la salud?
19. Están planteados como programas/alertas la Gestación en la Adolescencia, Violencias Sexuales, Discapacidad, Desnutrición y Accidentalidad Escolar. Estos programas se están llevando a cabo en este colegio?
20. Qué otros programas de salud se ofrecen en este colegio?
21. Cuáles programas de promoción se han realizado en el colegio?
22. Cómo vinculan a las profesoras, padres y niños en estas actividades?

CONCEPCIÓN SOBRE NIÑEZ

1. Me gustaría discutir con usted la idea que actualmente se tiene sobre los niños. Cómo definiría usted a los niños?
2. Qué cualidades cree usted que tienen los niños?
3. Qué defectos cree usted que son propios de los niños?
4. Qué piensa de la niñez de hoy?
5. Qué piensa de la niñez con la que usted hoy trabaja en este colegio?

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

1. Qué sabe sobre los derechos de los niños?
2. Cuáles son los derechos de los niños?
3. El programa Salud al Colegio promueve los derechos de los niños?
4. Cómo se promueven estos derechos?
5. Cree usted que los profesionales de Salud al Colegio promueven los derechos de los niños?
6. Desde el nivel distrital, les exigen a ustedes promover los derechos de los niños?
7. Cómo los promueven?
8. Cree que los derechos de los niños son aplicables u operativos en la vida de los niños?
9. Los derechos son aplicables u operativos en el colegio Juan Lozano?
10. Cree que se pueden hacer operativos estos derechos?
11. Por qué?
12. Cómo se podrían hacer operativos?
13. Qué obstáculos cree usted que hay para que los derechos de los niños no se puedan cumplir?
14. Se habla mucho de los derechos de los niños hoy. Cuál cree que es la razón?
15. Conoce los artículos de la Constitución Política de Colombia que hablan sobre los derechos de los niños?
16. Sabe que en la Ley 115 de Educación y en la Ley 100 del Sistema de Seguridad Social se habla de derechos de los niños?

SOBRE EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

1. Cómo entiendes la participación infantil?
2. Hoy se asegura que los niños/as deben participar en los asuntos relacionados con los aspectos que les afecta. Qué piensa usted de esta afirmación?

3. Deben los niños participar en todos los asuntos sociales o solo en lo que les afecta?
4. Muchos autores dedicados al tema de la participación infantil han insistido que los niños y niñas han participado a través de la historia de la humanidad con la reproducción y producción social, pero otros creen que esas actividades que han realizado los niños realmente no se le puede llamar participación, pues la participación implica ir más allá de hacer cosas. Usted qué opinión tienen de estas posturas?
6. Cree que los niños/as deben tener participación política?
7. Qué tipo de participación deben tener los niños?
8. Deben los niños participar?
9. En los programas de promoción y prevención que se ofrecen en esta institución, he observado que no hay mucha participación de los niños, sino que más bien ellos son “adiestrados” para que hagan lo que se considera deben hacer para prevenir las enfermedades. Qué opina sobre la percepción que tengo?
10. De qué manera participan los niños si la respuesta es que sí participan?
11. Cómo es esa participación?
- 12.Cuál es la base (teórica y/o práctica) que se ha construido en los programas de promoción y en el programa Salud al Colegio para que los niños participen?
13. Se motiva a los niños para que participen?
14. Qué estrategias se utilizan para que los niños participen?
15. Cómo aseguran la sustentabilidad de la participación?
16. Cree usted que los niños tienen capacidad para participar?
17. Está en los lineamientos de Salud al Colegio la participación infantil?
18. Se le insiste a los profesores que éste es un elemento importante de la estrategia?
19. Ustedes como trabajadores de salud están formados en derechos de los niños? Y en derecho a la participación infantil?
20. Sabe que el derecho a la participación de los niños es una norma y si no se promueve se está en el marco de lo ilegal?

21. Qué tipo de entrenamiento tienen ustedes para poder ingresar al programa Salud al Colegio?
22. Conoce el derecho a la participación que la CDN concede a los niños?
23. Conoce el derecho que la Ley de Infancia y Adolescencia concede a la participación?

CONOCIMIENTO DE EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN

1. Conoce usted experiencias de participación infantil?
2. Qué puede concluir de esas experiencias de participación?
3. Por qué cree que son tan pocas o casi nulas las experiencias de participación infantil?
4. Cuál será la razón del éxito de experiencias de participación infantil que usted considera exitosas?
5. Cuál será el camino para fortalecer los procesos participativos en general?
6. Se dice que un niño que participa de manera activa en sus procesos de salud como asumir hábitos de vida saludable, conductas no riesgosas, etc., logran controlar los determinantes que afectan su salud y con ello promueve su calidad de vida. Cuál sería su recomendación para que los profesionales de salud trabajaran más este aspecto que el de la asistencia a los problemas de salud ya instaurados.
7. Cuál cree usted que ha sido el papel de los padres de familia en la promoción de la participación infantil en salud?
8. Cuál cree usted que ha sido el papel de los profesores en la promoción de la participación infantil en salud?
9. Cuál ha sido el papel de los niños en esa participación?
10. Cuál ha sido el papel de ustedes en esa participación?

VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

1. Tiene ventajas la participación infantil?
2. Vale la pena seguir promoviendo la participación de los niños?

3. Cuáles serían las ganancias sociales sobre la promoción de la participación infantil?

OBSTÁCULOS A LA PARTICIPACIÓN INFANTIL

1. Cuáles son los principales obstáculos que, según usted, impiden la participación de los niños?
2. Cree usted que existen condiciones sociales para promocionar la participación infantil?
3. Cree usted que hay conciencia ciudadana para promocionar la participación infantil en salud?
4. Cree usted que hay voluntad política para promover la participación infantil?
5. Qué cree que sucede al interior de las familias que hacen que la participación infantil sea solo un discurso bonito?
6. Cómo ve usted la relación entre adultos y niños/as en la actualidad?

CONSTRUIR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN

1. Cuáles serían sus recomendaciones para hacer efectiva la participación de los niños en los asuntos de salud?
2. Cuáles cree que son los ingredientes para promocionar la participación infantil en salud?
3. Qué haría sostenible la participación de los niños en salud?
4. Si pudiera tomar usted decisiones para fortalecer la participación infantil en salud, qué recomendaría?