

## Biopolítica del niño sano: procreación biológica, social y jurídica\*

### The biopolitics of the healthy child: biological, social and legal procreation

REBUT: 25-02-2015 // ACCEPTAT: 10-09-2016

Jose M<sup>a</sup> Uribe Oyarbide

*GIAS, Departamento de Trabajo Social, Antropología Social  
Universidad Pública de Navarra (UPNA)*

#### Resumen

La biopolítica refiere al ejercicio del poder sobre el ser humano en tanto ser viviente y constructo subjetivo. El trabajo en pediatría supone la tensión entre la nuda vida del *zoé* y el *bios*, o vida relacional del ciudadano, es una constante. Los programas pediátricos que tipifican los cuidados y atención que se han de desplegar sobre el niño sano representan la versión socialmente más legitimada y técnicamente más desarrollada de un modelo de control sobre la procreación individual y la reproducción colectiva. El saber pediátrico sanciona los cánones de la parentalidad normalizada proponiendo las bases de las dimensiones fisiológicas, psicosociales y ciudadanas de niños y niñas. Biología y crianza quedan entreveradas inextricablemente. La pediatría reconoce la encomienda de gestionar el niño entendido como ente previo a un adulto, supervisando su crecimiento y desarrollo cognitivo, fisiológico y emocional de forma que su normalidad psicofisiológica adelante los límites a su normalidad social. Se propone aquí cartografiar los campos escolar, legal y social resultantes de dicho modelo normativo.

**Palabras clave:** Biopolítica, procreación, normalización, crianza, parentalidad

#### Abstract

Biopolitics refers to the exercise of power over the human being as a living being and to the construction of subjectivity. Pediatrics portrays a tension between the bare life of *zoe* and the relational life of *bios* as a constant. Pediatrics programs that typify the care and attention given to healthy children represent the most socially legitimized and the most technically developed model of control over individual and collective procreation and reproduction. Pediatric knowledge legitimates the canons of standardized parenting and sets the baseline for our understanding of the physiological, psychosocial and civic dimensions of children. Nature and nurture become mutually embedded. Pediatrics recognizes its task as handling the child, understood as an entity prior to the adult. It supervises the child's growth and cognitive, physiological and emotional development, such that the child's psychophysiological normality points out the limits of his or her social normality. I map the scholarly, legal and social fields that result from this normative model.

**Keywords:** Biopolitics, procreation, normalization, nurture, parenting

\* Este texto es resultado parcial de la participación en el proyecto de investigación Parentalidad, género y salud en los cuidados el niño sano. La paradoja del deber/derecho sobre la crianza: padres custodios y mujeres sin maternidad (CSO2012-39041-C02-02) financiado por el MINECO y del cual soy investigador principal

## Introducción

Este artículo tiene su origen en una presentación en el panel Los procesos procreativos desde la antropología desarrollado en el *I Congreso Internacional de Antropología de AIBR. El ser humano: culturas, orígenes y destinos*. Se pretende mostrar como la gestión social que se hace de niños y niñas está marcada preponderantemente por un discurso especializado desde la medicina como es el discurso de la pediatría. Así, aunque el profesional de pediatría es el experto encargado de supervisar el desarrollo y crecimiento fisiológico y cognitivo esperado y entendido como normal de los individuos, su interdicción llega a otros aspectos y a otras figuras sociales y espacios institucionales<sup>1</sup>. Desde su saber médico se valora o llama la atención, depende los casos, tanto a otros ámbitos especializados de lo que sería la división del trabajo institucional como pueda ser la escuela, como al espacio privado de la vida cotidiana de niños y niñas representado por la unidad doméstica o la familia; la escuela como lugar de formación y ámbito de una gran inversión temporal y socializadora y la familia como espacio de supervisión de la relación público-privado y responsabilización del comportamiento del no adulto, se ven convocadas a colaborar, no interferir y/o hacer valer las indicaciones e impresiones pediátricas. Esas idas y venidas entre la escuela y la casa atraviesan espacios públicos donde el comportamiento infantil es sopesado y vinculado a un orden socialmente deseado y deseable: salud, aprendizaje y urbanidad se complementan. Esa articulación de espacios se realiza desde el poder del modelo biologicista del seguimiento pediátrico. La defensa legal del saber experto de la pediatría sobre niños y niñas minimiza otros espacios sociales de ser niño o niña distintos al modelo positivista y circunscribe derechos y libertades de los no adultos al elenco y su gestión, no pocas veces contradictoria, del marco productivista.

Se propone aquí una mirada crítica a esa tendencia mayoritaria al poder de la ciencia médica sobre niños y niñas tratando de mostrar que la autoridad pediátrica es un ejercicio de poder, de imposición de la normalidad sanitaria, que pretende también colonizar (Escobar 1999) normalidades escolares, jurídicas y sociales.

Esta supervisión de la ciencia de la normalidad de la vida y sus amenazas como es la medicina se enmarca en lo que se ha denominado biopolítica; la biopolítica refiere al ejercicio del poder sobre el ser humano en tanto ser viviente y constructo subjetivo (Foucault 2009).

En este caso esta biopolítica se va a nuclear sobre los procesos procreativos no solo entendidos psicofisiológicamente sino también social y jurídicamente. Siguiendo a González Echevarría (2005), y en una acepción más extensa y comprehensiva que la habitual, por procesos procreativos entendemos los procesos de reposición de seres humanos en los grupos por medio de su conceptualización, generación, circulación, cuidado, socialización y enculturación hasta su madurez social. Por tanto, enumerativamente (González Echevarría 2010) los procesos procreativos se ocupan de:

- las ideas, normas y uso relativos al proceso procreativo
- la adscripción de niños y niñas
- los cuidados, socialización y enculturación sobre esos niños y niñas hasta su madurez social
- las representaciones que articulan procreación, adscripción y crianza

---

<sup>1</sup> Agradezco las sugerencias y propuestas realizadas por los/as revisores/as de artículo que he incorporado como elementos de valor para el texto.

las relaciones y sentimientos culturalmente pautados a hacia los no adultos y entre los adultos responsables de tales procesos.

Esos procesos que vertebran ideas, normas, usos y modelos se llevan a cabo por personas, grupos e instituciones. En nuestra sociedad el sistema sanitario, el sistema educativo y el sistema judicial tienen mucho que decir sobre los modelos de socialización, enculturación y cuidados que reciben niños y niñas.

En tales procesos de reposición de individuos y de reproducción social del grupo se parte de la vida como valor prioritario y eso hace que su identificación, defensa y gestión científica cobre un protagonismo notorio. La concreción de ese conjunto de saberes y tecnologías sobre la vida que se impone a otros ámbitos, como el de la crianza en el hogar doméstico y su capacitación y relación con el entorno, se hace obvio socialmente y está en gran medida regulado por los programas de seguimiento, detección e intervención de problemas que representan los protocolos pediátricos.

### ***Consideraciones de partida. Biopolítica y normalización***

Lo que se ha entendido por biopolítica desde el siglo XVIII es la racionalización de los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas, etc. Es sabido el lugar creciente que esos problemas ocuparon desde el siglo XIX y las apuestas políticas y económicas que han representado hasta nuestros días (Foucault 2009: 311)

Foucault acuña el término biopolítica y lo presentará como una forma de poder que se diferencia del poder de tipo jurídico del soberano por un lado y de los dispositivos disciplinarios clásicos, por otro; el biopoder del que habla Foucault va unido a la estatización de lo biológico, el surgimiento de “un ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente” (Foucault 2000: 217). Este biopoder encarnado en el monopolio sobre la gestión de la salud que la medicina recibe como encargo del Estado se erige como contraparte del control de las poblaciones y de los sujetos (Freidson 1978; Foucault 1980). Si el poder de la soberanía clásico hacia morir y dejaba vivir, a través de la gestión de la vida de los súbditos, este nuevo poder hace vivir y deja morir gracias a la capacidad de las técnicas, los mecanismos y la tecnología del poder. Se trata de un poder que administra la vida entera, un poder que se ejerce sobre todas las manifestaciones de la vida y en todos sus aspectos y ámbitos tanto lo micro e individualizado como lo macro y colectivo. La nueva técnica de poder se aplica ahora a la vida de los hombres en tanto especie, no en tanto cuerpos individuales, sino en tanto forman “una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propias de la vida como el nacimiento, la muerte, la producción y la enfermedad” (Foucault 2000: 219).

Esta biopolítica de la especie supone la regulación de los procesos e individuos a través de mecanismos de normalización; se construye la normalidad que rige como criterio de aceptabilidad social. Junto a mecanismos de regularización y disciplinarios conforman el biopoder “la tecnología de poder disciplinario-regulador que emergió para regir el cuerpo económico y político de una sociedad en vías de explosión demográfica e industrialización” (Hernández 2012: 68). O en palabras de Michel Foucault:

la disciplina del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desplegó la organización del poder sobre la vida. La introducción durante la edad clásica de esta gran tecnología de dos caras caracteriza un

poder cuya función más elevada, en lo sucesivo no es tal vez matar sino invadir la vida enteramente (Foucault 2002:168).

Los fenómenos de la natalidad, la morbilidad, la mortalidad y la vejez serán tratados como problemas y objetos de saber y control de la biopolítica en una multitud de conexiones con las cuestiones económicas, de igual forma que el crecimiento de los individuos -niños y niñas- y el crecimiento por ende de la sociedad en su reproducción son considerados como inversión a futuro de la propia sociedad

Las tecnologías disciplinarias de vigilancia, control y corrección puestas en marcha en instituciones como la medicina, la psiquiatría y por tanto la pediatría, en otros términos, “fabrican la vida ordinaria de los individuos que, al mismo tiempo someten fijándolos en un aparato de normalización de los hombres” (Foucault 1995:82)

Ese proceso de normalización donde vigilancia, control y corrección son determinantes se ejemplifica en la pediatría que se aleja de la puericultura en su sentido literal de cultivo para convertirse en una *iatria*; esto es una curación etimológicamente, como lo son la psiqu-iatría o la ger-iatria. Se da una significativa transición, aún reciente, de la preocupación por la cultura del niño a su curación. Pero ¿por qué han de ser curados niños y niñas? La carencia médica desde la pediatría contempla al niño o niña como un ser vulnerable por alguna carencia madurativa o fisiológica y aunque estipula dicho periodo, el de la infancia, como normal, lo estandariza como sujeto no acabado, ni pleno: un adulto en formación

La caracterización por lo que no és niega “el reconocimiento de la agencia de niños y niñas en la construcción sociocultural de las realidades de las que forman parte y al modo como estos conforman su memoria” (Moscoso 2013: 15)

La cautela con la que la medicina por vía de la pediatría contempla al niño o niña (la niñez) como seres vulnerables:

al privilegiar una mirada sobre procesos de vulneración ha limitado nuestra comprensión de los niños como sujetos activos. Asimismo esta preocupación por identificar sus necesidades vulneradas ha volcado más la atención hacia su integración/exclusión en las sociedades (instalación o de destino) antes que a sus experiencias (de afirmación o modificación), por ultimo ha significado poner el énfasis en su condición de adultos en formación antes que en su ser social como niños (Moscoso 2013:21)

Desde ese énfasis en la carencia, lo incompleto y la vulnerabilidad que designa la medicina padres y madres desde la interiorización de la responsabilidad firman una suerte de contrato pedagógico (Moscoso 2013:29) con la sociedad y para con sus hijos; el pediatra es un supervisor claro del incumplimiento o seguimiento del contrato enseñando e indicando a los progenitores lo enseñable e indicable a su prole. El saber experto impone su guía en un ejercicio de servidumbre voluntaria (La Boétie, 1976) guiada por el interés superior del menor. Menor, como más adelante veremos no tanto por razones cuantitativas cronológicas, o no sólo, como por la minorización social a la que se ve sometido: sin experiencia, sin opinión, sin voz.

Metodológicamente acercarse al estudio de la gestión experta de niños y niñas nos coloca cuando menos ante dos diatribas:

\* por una parte se plantea una contraposición entre si valorar o no la memoria discursiva de la subjetividad de los individuos, sean progenitores y/o adultos o no adultos, sobre procesos y experiencias de niños y niñas, versus el discurso del saber experto pediátrico como ejemplo de objetivación de una definición de niño/niña pediátricamente normal.

\* por otra parte, nos topamos ante un contraste relevante a la investigación derivado de plantear a los niños y niñas como seres carentes en lenguaje, en experiencias, en memoria e información/instrucción, o bien entenderlos como representantes de una etapa común a todo ser humano. Parece que ni una ni otra es aceptable en lo que tiene de desprecio sobre la carencia o por el etnocentrismo que supone una definición substancial de infancia como algo universalizable; riesgo este último que es manifiesto en el modelo de pediatría generalizada.

El alcance social de la práctica pediátrica impregna al niño de una fórmula de participación que lo transforma: el proceso dialéctico entre la sociedad y los individuos tiene lugar a través de lo que Sartre (2000:74) llama los grupos de mediación: es en el ámbito de estos donde el ser humano hace el aprendizaje de su condición social

Según Ferrarotti (1993) los grupos primarios y el grupo familiar son grupos de mediación. Y la escuela no cabe duda está entre los primarios. La escuela representa también otro espacio de mediación.

los vínculos concretos que se tejen entre la escuela y la familia tienen un papel central en la transmisión y formación de los capitales sociales, escolares y culturales, por tanto, en la configuración de las subjetividades de los niños. Y estas subjetividades se entrelazan, a su vez, con su papel como estudiantes, estando atravesados, de este modo, por veredictos que se miden por medio del éxito escolar. (Moscoso 2013:211)

Se puede hacer un paralelismo con respecto a la patología o la normalidad. Se podría pasar del contrato pedagógico al contrato sanitario. De igual forma que en la escuela hay una cultura legítima cabe hacer un paralelismo con la salud, según el cual “la escuela exige a los grupos minoritarios o de clases bajas una relación docta reflexiva o teórica con el saber, mientras que en los medios populares la relación con el saber es práctica: no es objeto de reflexión teórica, sino que se procede a su empleo efectivo para la consecución de objetivos concretos en la vida cotidiana”(Moscoso 2013: 212). El discurso experto en pediatría haría lo mismo y trasladaría una cultura legítima sobre salud imponiendo una relación docta teórica que infravalora el saber práctico de la percepción y experimentación lega del desarrollo psicofisiológico y de habilidades sociales de niños y niñas.

En otras palabras, cabría en ese sentido pensar si el ámbito pediátrico en tanto parte del sistema sanitario se constituye como un grupo primario del que -con una presencia mayor o menor- el niño/a no se va a zafar cuando menos en las diferentes visitas en el seguimiento pediátrico de 0 a 14 años. Para ciertos movimientos de revisión pediátrica una herramienta efectiva en la transmisión de los discursos pediátricos sobre y alrededor de los procesos de salud/enfermedad y su interacción con estilos de vida saludables se basan en la acumulación de visitas y su frecuencia que el seguimiento de los protocolos pediátricos establecen en nuestro modelo médico (Lastres y Regueiro 2001). Del valor de los programas o protocolos como intervención técnica se bascula a una indagación sobre su peso en tanto marcos comunicativos y por ende elementos de transmisión de visiones y valores sobre la salud y su lugar en la acción social.

### ***El niño/a sano***

La expresión niño sano es ya una expresión clásica en la jerga de la pediatría que solo recientemente y en ámbitos críticos como la pediatría social se intenta postergar o



remover. Ambos términos niño y sano esconden imposiciones normativas y modelos estrechos y cerrados de abordaje de una infancia rígidamente descrita, unívocamente prevista y etnocéntricamente entendida, como tendremos ocasión de ver, y por otra parte se postula una concepción de la salud excesivamente vinculada a una mirada básicamente biologicista.

No obstante, una de las consideraciones en que se quiere enmarcar este texto y otros previos (Uribe 2014) es el aparato crítico que los protocolos pediátricos están incorporando y han de incorporar si se quiere superar el viejo “programa del niño sano” puesto en evidencia y rebasado por la complejidad social pasada pero desde luego presente del despliegue de los no todavía adultos. Es más, el recorte cronológico, marcando un inicio y un fin temporal, un tramo definido por un tiempo físico acumulado, esta cada vez más desacreditado en tanto impone tiempos fisiológicos y cuasi orgánicos a realidades sociales plenas de juego de significados y acciones y reacciones derivadas del efecto e impacto significativo que procesos y sucesos vitales tienen en los individuos y en los grupos.

Es por lo anterior que parafraseando a Aurora González Echeverría (2010), propondría que siguiendo a Weber un fenómeno tiene la cualidad de pediátrico solo en la medida y por el tiempo en que nuestro interés se dirige de manera exclusiva a la significación que posee respecto al óptimo desarrollo de los niños y niñas en todos sus aspectos tanto físicos, psíquicos como sociales. En otras palabras englobar la biología en la biografía.

Hablar del niño sano remite a la fórmula genérica que los diferentes protocolos pediátricos de las Comunidades Autónomas del Estado español utilizan para referirse al conjunto de medidas y acciones de seguimiento para supervisar y en su caso intervenir en el crecimiento y desarrollo en términos psicofisiológicos que conformarían la normalidad en el proceso evolutivo del individuo entre 0 y 14 años. En el modelo que se esconde parte de un soporte fisiológico sobre el que también se valora en cierta medida un proceso normalizado de crecimiento y desarrollo cognitivo y en última instancia un proceso social que a efectos pediátricos se percibe en los espacios educativos en la escuela –especialmente en aspectos formales- y en los espacios relacionales en el ámbito doméstico y del grupo de pares – prioritariamente en aspectos informales.

El protocolo pediátrico supone estandarizar un conjunto de acciones y cuidados, no para un niño diferenciado y con una experiencia singular, sino para un niño tomado como el representante de una serie; dar ese paso del individuo a la serie, es introducir lo político en el tránsito del individuo al colectivo y eso implica una *nueva óptica*, órgano de control generalizado y constante a través del cual todo debe ser observado, visto y transmitido. En segundo lugar, gracias a una *nueva mecánica*, encargada de aislar y reagrupar a los individuos, de localizar los cuerpos, de mejorar el rendimiento de las fuerzas productivas, en suma, de organizar una disciplina de la vida, del tiempo, de las energías. En fin, gracias a una *nueva fisiología* que define las normas de inclusión/exclusión no menos que las modalidades de corrección y punición del no conforme (Lorenzini 2012: 92)

El modelo de normalidad que se esconde detrás del protocolo pediátrico es básicamente un modelo universalizante, individualizado, ahistórico, androcéntrico y biologicista propio de la biomedicina (Martínez 2008) que, ciertamente en forma tímida aunque creciente, va incorporando dimensiones sociales y/o translocales aunque de forma atenuada:

Pediatría es la medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el final de la adolescencia, época cuya singularidad reside en

el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y adolescente se desenvuelven (BOE 2006)

El modelo pediátrico supone el conjunto de pautas de seguimiento y control prototípico del modelo normativo médico en tanto que tipifica el desarrollo esperado y normal de un sujeto y está revestido de obligación legal en el ámbito institucional del modelo de atención a la infancia del Estado del Bienestar (UNICEF 1989; UNICEF 2015). Niños y niñas son *materia de Estado* (Bustelo 2007) y su vigilancia y gestión son obligación pública no particular.

Este modelo protector de la reproducción biológica del grupo debiera de ser contrastado con las variantes que aparecen en tales ejercicios de seguimiento y que tiende a obviarse y/o a considerarlos interferencias en procesos estandarizados, me refiero a las biología locales (Lock 1993). Hablar de biología locales es dar entrada a la interacción entre vida social y biológica y constatar que se constituyen mutuamente. Tiene que ver con como los hábitos de vida modulan la biología. Al defender la diferenciación biosocial, como marca inseparable de ambas lógicas, se rompe con la idea de la medicina de que el cuerpo es universal y que los métodos y técnicas de su intervención pueden estar estandarizados (Lock y Nguyen 2010). En esta línea, conceptos como biosocialidad de Rabinow (1996) ponen en cuestión la relación naturaleza /cultura para dar cuenta de la construcción cultural de la naturaleza que encontraría en la técnica el sentido de lo natural y, por ende, de lo biológico. Cuerpo, previsión y seguimiento son pensados y estructurados en función de saberes y técnicas a aplicar, no consecuencias de un desarrollo inmutable e inalterable igual para todos y todas con abstracción de sus marcos históricos y sociales. Como veremos las bases del desarrollo son mas autorreguladas que contextualizadas y ahí se manifiesta la dimensión reguladora e uniformizadora.

Los programas de atención a la infancia y adolescencia o protocolos pediátricos suelen contar con la previsión y pauta temporal de una serie de encuentros y/o consultas desplegado desde el nacimiento hasta los 14 años entre los adultos o adulto responsable del niño o niña y profesionales del ámbito sanitario bien de pediatría, de enfermería o de trabajo social, veces conjuntamente, a veces separadamente; la cifra puede variar entre 14 y 17 ocasiones. Más allá de la variabilidad en el número de visitas, si tenemos en cuenta que junto a los obligatorios algunos programas incorporan encuentros optativos, los contenidos y aspectos a considerar están regulados por un marco general de obligado cumplimiento sanitario. En el despliegue de tales instrumentos pediátricos si se constata algunas variaciones, no sobre el núcleo de actividades y, sí por ejemplo sobre el grado de participación y protagonismo de los adultos, a veces dándoles más protagonismo en la toma de decisiones y en la gestión de situaciones. En ocasiones, las modificaciones lo son en referencia al acento en la instrucción a adultos en promoción y educación para la salud y, en otras ocasiones, las variaciones giran sobre la mayor o menor alerta en procesos y contextos de especial vulnerabilidad para niños y niñas: léase la sospecha de maltrato infantil. No obstante estos acentos diferenciales, podemos perfilar, tras revisar programas de seguimiento de diferentes comunidades autónomas, cuatro grandes conjuntos de ámbitos de interés e intervención:

- la anamnesis sobre el desarrollo y crecimiento de niño y niña
- la exploración física, sensorial e intermediada por indicadores de pruebas complementarias
- la aplicación y, en caso de no obligatoriedad, la recomendación de inmunizaciones

-y las indicaciones, recomendaciones y valoraciones en materia de educación para la Salud.

Paso a señalar aspectos relevantes en los cuatro campos mencionados:

**Anamnesis:** Entendida como la recapitulación de informaciones subjetivas previas a la consulta de los no expertos. Es un diálogo de supervisión casi siempre con los adultos salvo en las últimas fases del programa en las que se pretende conocer novedades sobre crecimiento y evolución tratando de detectar factores de riesgo; la posición del niño o niña tiende a ser inhibida en beneficio de la persona que ejecute la tarea de responsabilización, siendo a veces otro menor de más edad y conocedor/a del idioma frente a la incapacidad lingüística de la madre o padre.

Son objetos prioritarios de atención los indicadores de sospechas de alteración en el desarrollo psicomotriz, y aquellos sobre dudas relativas al maltrato infantil.

**Exploración:** una revisión anatomofisiológica de desarrollo esperado con algún tinte más neurológico que psicológico en las primeras visitas. El destinatario básico es el usuario en su sentido de superficie e interior; esto es de estructura y articulación de órganos, cuasi como un envoltorio (Goffman 1979) a ser leído a través de medidas somatométricas y funcionales de ojo, nariz, genitales, abdomen y caderas, por ejemplo, y ya no tanto la opinión y/o apreciaciones de los adultos ni del niño/niña. Se produce una basculación a la significación y /o del signo apreciado por el profesional frente al síntoma percibido por el usuario.

**Inmunizaciones:** además de ir construyendo el calendario vacunal de obligado cumplimiento legal, se despliegan acciones en niños y niñas y el diálogo con adultos sobre la conveniencia del calendario y de elementos complementarios fuera de la cobertura pública, con la consiguiente variabilidad en la toma de decisiones trasladada a los adultos y las repercusiones fisiológica y también económicas que pudieran derivarse. Es quizá el lugar más neto de la vieja medicina basada en el medicamento como arma característica de práctica médica científica. A partir de los 6 años este tipo de intervenciones puntuales, prototípicas de esta tecnología sanitaria puntual y descontextualizada, suele desplegarse en la escuela, visibilizando la intromisión a la que se le somete desde el peritaje sanitario y su situación subalterna en la jerarquía de las intervenciones señaladas en las primeras líneas de este texto.

**Educación para la salud:** las indicaciones se orientan en la casi totalidad de las fases a los adultos aunque hay ciertas habilidades y/o competencias que no son delegables: alimentación, higiene bucodental donde el niño/a es destinatario del mensaje. Suele estructurarse en cuatro grandes áreas:

-Una primera donde se pide a los adultos responsables la supervisión, según pautas dadas, sobre prevención de accidentes domésticos, una alimentación equilibrada y progresivamente variada en evitación de la obesidad, la implementación paulatina en el aprendizaje y autonomización de cuidados y hábitos de higiene, y la estimulación del procesos del desarrollo con especial énfasis en lo psico-afectivo

-Un segundo ámbito de indicaciones y demandas de supervisión, es el relativo a la evolución morfológica en su sentido mas mecánico y funcional; aquí se se insiste en la vigilancia del desarrollo psicomotor, comportamiento ortopédico, respuesta de los diferentes órganos ante las diferentes fases del crecimiento y los variados esfuerzos que



van apareciendo. También se acentúa el seguimiento de posibles situaciones de hipoacusia y/o de dificultades en la visión.

-En tercer lugar, podemos hablar de una constante médica y por ende también pediátrica, relativa a definir hábitos saludables y hábitos nocivos. Se puede delimitar un conjunto de consideraciones sobre hábitos de normalidad buscada y otras vinculadas a las entendidas como situaciones de riesgo. Si los primeros ayudan al proceso de desarrollo normalizado, los segundos lo dificultan o ponen en peligro. En relación a los hábitos conectados con el estilo de vida a promover, nos referimos a la regulación de hábitos de sueño, modelos de orden en la vivienda, tipo y funcionalidad de prendas de vestir, costumbre de paseo, tipos de juegos, realización de ejercicio deportivo, utilización de infraestructura del hogar (retrete, electrodomésticos, ducha) y de tecnología del esparcimiento (televisor, ordenador, dispositivos audiovisuales de entretenimiento). Y en referencia a los obstáculos o estilos de vida nocivos para el modelo medicamente indicado, hacemos referencia a la alarma y advertencia sobre gestión de la sexualidad en adolescentes, consumos de sustancias estupefacientes, pautas de ingesta de bebidas alcohólicas y ausencia o deficiencias en el aprendizaje de hábitos relativos a la disciplina escolar y social general en evitación del fracaso escolar o la conducta socialmente conflictiva

-En último lugar y, como consecuencia del encargo diferido que se hace a adultos para que sean ojos, oídos, manos y, en cierta forma, tomadores de decisiones como lo haría el pediatra, se insiste en indicar a los progenitores sobre la necesidad de gestionar y resolver interrogantes relativos a la ansiedad que la vigilancia del tal proceso de desarrollo en el niño y la niña puede suponerles.

Aunque no tocaré aquí y ahora el asunto, si quiero significar que de forma transversal a los apartados de anamnesis, exploración, inmunización y educación para la salud que vertebran los protocolos pediátricos, se encuentra presente un amplio abanico de situaciones de llamada a la sospecha, detección y/o descarte de indicadores de situaciones de maltrato infantil. La presencia de este comportamiento de abuso sobre niños y niñas como tarea de la pediatría, desgraciadamente, nos refuerza la centralidad no solo fisiológica del papel del experto en niños y niñas sino su papel de conector y regulador de campos biológicos, psicológicos y socioculturales.

En el protocolo pediátrico encontramos ejemplarmente cristalizados los rasgos de la normatividad biomédica: esto es la capacidad de ir fijando diferentes normalidades esperables en función de variaciones en los criterios que la biomedicina va marcando como relevante. En función no sólo de reflexiones estrictamente internas al desarrollo de una disciplina, en este caso la pediatría, sino también en función de cambios económicos sociales e históricos que no se manifiestan abiertamente pero que modulan los espacios y procesos que medicalizan o desmedicalizan el quehacer pediátrico; la tensión entre la escuela, la familia y el profesional pediátrico está plagada de indicaciones y contraindicaciones, en el doble sentido de este último término: entendidas como elementos que se indican como adecuadas o inadecuadas y entendidas como consecuencias no previstas sobre aspectos diferentes a los contemplados por el profesional médico. Valga como ejemplo en ocasiones los diagnósticos de TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) en menores, en los que se enfrenta el comportamiento regulado por el fármaco frente a la sensación de identidad impugnada/despojada de los niños y niñas (Timmi 2006).

### ***La Construcción del niño/a***

Por lo dicho podemos afirmar que el niño construido en pediatría no es la mera secuencia de un desenvolvimiento orgánico. El niño en pediatría es fruto de una selección de prioridades, de una evitación de manifestaciones y de un silenciamiento de posibilidades; y todo ello regulando esas imágenes construidas en lo público y en lo privado, en la casa y en la calle. En definitiva esa no espontaneidad ni naturalidad en su definición nos permite hablar del niño medicalizado.

El proceso de medicalización hemos de vincularlo de manera general, y más allá incluso de los contenidos disciplinares de la ciencia médica o medicina alopática, a un estilo de gestión de la experiencia propia del positivismo –y la medicina lo es- a la hora de construir enunciados y principios teórico sobre y de la realidad (Lindenbaum y Lock 1993). La medicina posee el monopolio de la autoridad legal sobre diferentes aspectos del ser humano tipificado como objeto de la mencionada disciplina. En pediatría se produce una medicalización del crecimiento y desarrollo esperado y esperable. Y esa medicalización implica:

Que la mirada clínica se haga dominante frente a otras miradas/enfoques coexistentes derivadas de las experiencias anteriores de los progenitores y/o del mismo usuario más allá de su edad.

Se produce un cambio de actitud social entendiendo desde entonces que una situación o proceso es sobre todo materia médica y deben concitarse los saberes expertos para indicar las acciones o decisiones a tomar.

Se despliega una retórica nueva donde términos, conexiones entre variables y/o factores relevantes remiten a principios y criterios de la disciplina.

Este proceso implica en pediatría el desplazamiento de la tensión entre la vida del *zoé* y el *bios*, o vida relacional del ciudadano (Aganben 2003), hacia la primera produciendo una ocultación de la interacción social en favor del choque y contacto de unidades vehiculares fisiológicas o paquetes de información psicobiológica que escamotean las experiencias inherentes (Illich 1996). Es posible este aislamiento de la dinámica social que enmarca la percepción del *bios* gracias a la *tekné* o instrumento y discurso técnico de la biomedicina.

Este saber parte de definir y delimitar cronológicamente el periodo de atención del usuario así como el conjunto de procesos morbosos esperados y esperables que ha de supervisarse.

La propia limitación del periodo cronológico se pone en evidencia cuando otros saberes institucionales modifican el periodo que abarca su definición del no adulto. En el ámbito escolar la infancia viene regulada en su periodo al menos obligatorio entre los 3 y 16 años; la normalidad supervisada esperada en este ámbito es el de la adquisición de un determinado conjunto de capacitaciones y saberes. En sentido contrario ampliando el periodo, el mundo judicial espera a los 18 años para dar paso al menor a la mayoría de edad. En esta fase vital se vela por los derechos del individuo esperando como contraprestación un orden, un respeto a las normas y un comportamiento normalizado en la interacción social. Si en la pediatría es la enfermedad lo que trunca la normalidad monitorizada, en la escuela y en la judicatura es, respectivamente, el fracaso escolar y el delito lo que legitima la vigilancia, el control y la corrección sobre el no adulto ya sea niño, alumno o menor.

En todo caso, en la actualidad ya hay movimientos tendentes a revisar una cronología que entra en colisión con esas otras cronologías sociales que marcan

categorías diferentes a la de edad adulta: ampliar la edad pediátrica hasta los 18 años, que es cuando comienza la edad adulta en otros ámbitos, e incluso, desde la práctica de una capacitación cada vez más exigente y prolongada que debe ser garante de una continuidad educativa mayor y/o de una preparación a la entrada en la vida laboral efectiva retardada, fuerza a extender dicha cronología supervisada por un tercero hasta los 25 años. En definitiva, sobre el marco de delimitación fisiológico/morfológico se impondría la dimensión de actor social de los sujetos; lo que algunos han llamado modificar la delimitación del periodo de atención no tanto desde el comienzo de la aparición del individuo por su nacimiento, cuando su gestación en lo que podría ser toda la discusión sobre neonatalidad e intervenciones en fetos, y por contra potenciar la lógica del fin esto es, desde su consideración de actor social autónomo y responsable a todos los efectos: la edad adulta (Ruiz-Canela 2010).

### ***A modo de conclusión: Procreación, parentalidad y pediatría***

Aquí vamos a manejar, como bien se puede deducir de los párrafos anteriores, una óptica para entender la procreación inserta por un lado en las relaciones productivas y reproductivas de los grupos sociales; y, de otro lado, atenta a una aproximación a la comprensión de la procreación no sólo desde la gestación, parto y puerperio sino como proceso finalista, que en lo que aquí atañe, significa considerar los itinerarios sociales en los que se desenvuelve el niño sano, el escolar y el menor. Itinerarios donde podemos rastrear el conjunto enumerativo que siguiendo a González Echevarría (2010) hemos presentado al inicio del texto como marco definitorio de partida.

Los programas pediátricos que tipifican los cuidados y atención que se han de desplegar sobre el niño sano representan la versión socialmente más legitimada y técnicamente más desarrollada de un modelo de control sobre la procreación en sentido individual y colectivo. El saber pediátrico sanciona los cánones de la parentalidad normalizada proponiendo las bases de las dimensiones fisiológicas, psicosociales y ciudadanas de niños y niñas.

Entendemos por parentalidad el conjunto de funciones relativas a los cuidados físicos, alimentación, nutrición y marco de seguridad psíquica que se ofrece al menor. Esas funciones se pueden desarrollar de una forma más o menos competente y por diferentes actores y actrices. Frente a una idea generalizada que fusiona parentalidad y paternidad y maternidad (Vázquez de Lucas 2010), aquí planteamos que la complejidad de nuestra forma de organización social encarga o externaliza fuera de la unidad doméstica tareas centrales de la parentalidad hacia la escuela y la medicina como hemos visto. Podríamos hacer el símil con un campo más trabajado en Ciencias Sociales como es el de la competencia cultural (Lillo *et. al* 2004) y hablar de competencia parental entendiendo que se refiere a la integración compleja de conocimientos, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre adultos y menores, entendidos como culturas diferentes, y las interacciones efectivas/apropiada con los niños y niñas, *los otros* para los adultos. Por comunicación entiéndase la interrelación significativa de demandas de niños y niñas y la satisfacción de las mismas por adultos y en relación a las interacciones apropiadas, habría que entender que son apropiadas respecto a los modelos predeterminados por las convenciones sociales y/o los modelos normativos. De igual manera que la competencia cultural surgió como necesidad en el despliegue de servicios institucionales ante minorías étnicas, en el caso de niños y niñas se constata una diferencia de cosmovisión y el ajuste mutuo trata de introyectar/socializar a los menores al modelo de los mayores. Y ese encargo social no recae solo en los

progenitores sino que también se extiende a maestros y, con especial énfasis, a médicos/as pediatras.

La pediatría reconoce la encomienda de gestionar el niño entendido como ente previo a un adulto, supervisando su crecimiento y desarrollo cognitivo, fisiológico y emocional de forma que su normalidad psicofisiológica adelante los límites a su normalidad social.

La contemporaneidad ha exigido una división del trabajo científico que ha consentido una delegación supervisada a la escuela y a los ámbitos judiciales de ciertos aspectos de seguimiento en tal tarea. Derivado de ello la pediatría va a trabajar sobre el niño entendido como un proyecto que se construye sobre un crecimiento psicofisiológico normalizado para dejar primero en manos de la escuela la infancia entendida como los contenidos educativos que permiten la interacción social esperada; y más recientemente al definir al menor como sujeto de derecho, incoando al saber jurídico su protección y convirtiéndolo así en materia de Estado. En ambas delegaciones el peritaje pediátrico, en su dimensión psicofisiológica, se convierte en criterio de contrastación y pauta de actuación protectora para marcar la normalidad de la infancia a través del niño como menor.

Como hemos visto la pediatría actualmente parte de la definición de niño sano; esto es, los protocolos de seguimiento del desarrollo de niños y niñas parten del supuesto de la existencia de un prototipo de niño universal; un niño que se mueve básicamente y casi de forma inevitable en el entorno familiar mayoritario que le va ayudar a desarrollar sus hábitos cotidianos de interacción social, y a introyectar figuras vinculadas al parentesco y sus derechos y obligaciones, que acude a una escuela que le prepara y dará herramientas para su desarrollo cognitivo y capacitación instrumental. Este niño encerrado en lo privado, el hogar, el aula y la consulta a través de la entrevista singular, en este caso no tan singular por la presencia del progenitor, es el que encaja como el mismo modelo que la *Declaración de los Derechos del Niño* de 1989 (UNICEF 1989) afirma como niño libre e individuo portador de derechos individualizados sujetos de derecho diferenciado y distinto de otros sujetos que detentan y/o reclaman otros derechos.

Ahora bien, ese mismo objeto de respeto y bien superior puede volverse diana del castigo y la represión. La comprensión se vuelve represión cuando el niño topa con la norma, bien sea legal, encarando el castigo y la institucionalización, médica a través de la intervención y medicación sobre niños con diagnóstico de TDAH, o escolar desde el fracaso la imposición del apoyo educativo deseado o no. Este niño se convierte en adulto en tanto desprotegido por ser infractor y pasa a ser considerado ya como responsable. En una palabra pasamos del Estado social al Estado de seguridad (Bustelo 2007)

Y, de facto, cuando desde Occidente y/o desde nuestro Estado de bienestar se ha puesto la atención en los otros niños y niñas, más allá de ese modelo prototípico del niño sano y/o del modelo liberal, se ha destacado la dimensión de conductas no esperadas o disruptivas de la normalidad: los niños enfermos, la infancia objeto de redes de prostitución y/o los niños soldados, por señalar cuestiones bien conocidas. Estos niños son la cara más amarga de la realidad ocultada que es el llamado niño de la calle (Bustos 2007), el niño de la productividad, el niño del trabajo: un tipo de niño que no está recogido entre familia y escuela sino que es un actor en la realidad social asumiendo en su medida papeles propios no aprendizajes de otros; no es un aprendiz de un papel futuro de adulto. Pues bien, cuando el niño negado, por voluntariamente ocultado, aparece lo que a él se vincula es el castigo, la disciplina o el abuso. De hecho como Valdés (2015) nos muestra el término de parentalidad en la literatura social

aparece históricamente vinculado a situaciones de ruptura de la legalidad y de la norma siempre tratando de separar al menor de situaciones socialmente reprobables bien sea por progenitores o por otros adultos.

Esta doble mirada a nuestra infancia –como modelo deseable- y a la otra –como realidad indeseable- nos coloca ante un debate soterrado sobre cómo definir al niño/niña y la infancia.

Partiendo de que todos los autores admiten que los niños son distintos a los adultos la discrepancia surge al considerar como ente entendido substantivamente o no al niño:

Una postura, la mayoritaria, ve en los niños a seres humanos en formación, como un proyecto de algo que se debe desarrollar. Esta posición está prototípicamente representada por la forma en la que la pediatría entiende al sujeto al que se enfrenta en su trabajo. Es a su vez la visión mayoritaria desde la aparición del niño en el XVIII en Occidente (Ariés 1987)

La otra postura, en consonancia con el niño real de la calle, el niño social, es la que entiende que el niño es un ser humano con su propia visión del mundo, y por tanto no es un humano a escala sino otra forma de ser humano; una de las fases por las que vamos transitando cambiando nuestra posición social, en función, no de la cronología, sino de las opciones, posibilidades y acciones e ideas mantenidas (Montgomery 2009)

La construcción cultural de la infancia es fruto de la modernidad y el criterio que aplica, y muy discutido por ello, es el de la cronología (Ariés 1987); en el clásico modelo de P. Ariés sobre la infancia se privilegia el niño del espacio burgués, olvidando a las niñas y a los pobres, se separa esa etapa de la vida, se sentimentaliza un periodo cronológico pero se caracteriza por sus ausencias, por su no preparación para la vida y por ello a ha de ser objeto de un tratamiento específico sanitario, educativo y social.

Pero hay modelos no cronológicos sino basados en los derechos y obligaciones sociales que se les adjudican a los niños y niñas. Veamos cinco modelos:

-El niño como incompetente o subordinado; se presupone alguna carencia de saberes y habilidades sociales que se conjuga con una falta de control (esfínteres, acciones, emociones).

-El niño como igual; es el niño “sujeto de derechos” como lo califican las agencias internacionales. Este modelo puede entrar en colisión con otros derechos de otras tipologías de ciudadanos pudiendo ser demandantes de otros cuidados.

-El niño como medio para formar familias y obtener status que traslada madurez del proyecto, estabilidad de la pareja y aporte a la reproducción del grupo.

-El niño como inversión económica con un retorno económico o de cuidados; la llamada *renta del afecto* (Naroztky 2005) que choca con el estereotipo actual de un niño consumidor.

-El niño no querido e inhumano que en salud pasa por el niño disruptivo protagonista del furor diagnóstico del TDAH.

Frente al modelo idealizado de la intención, esto es de velar por el bien superior del niño, pero sin el niño, como algo por encima o más allá de la dinámica social real, desde un compromiso personal con un niño/niña desde la medicina, en la escuela o desde la judicatura, la propuesta que aquí se defiende es hacerlo sobre un espacio colectivo construido como política pública preocupada por el crear y criar de niños y niñas o en palabras de Eduardo Bustelo (2007)... *comenzar de otra forma*.



## **Bibliografía**

- AGAMBEN, G. (2003) *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia: Pre-textos.
- ARIÉS, P. (1987) *El niño y la vida familiar en el Antiguo régimen*, Madrid: Taurus.
- BOE, (2006) *Orden SCO 148/2006 de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y Áreas Específicas*, Madrid: Ministerio de la presidencia.
- BUSTELO, E. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*, Mexico: Siglo XXI.
- DALY, M. (ed) (2012) *La parentalidad en la europa contemporánea: un enfoque positivo*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ESCOBAR, A. (1999) *El final del salvaje: Naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea*, Bogotá: Ceice/Ican.
- FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica*, Barcelona: Península.
- FERNANDEZ AGIS, D. y SIERRA A. (eds) (2012) *La biopolítica en el mundo actual*, Barcelona: Laertes.
- FERRAROTTI, F. (1993) “Sobre la autonomía del método biográfico” in Marinas, J.M. y Santamaría, C. (eds) *La historia Oral: métodos y experiencias*. Madrid: Debate, pp.121-129.
- FOUCAULT, M. (1980) *El nacimiento de la clínica. Arqueología de la mirada médica*, Mexico: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1995) *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona: Gedisa.
- FOUCAULT, M. (2009) *El nacimiento de la biopolítica*, Madrid: Ediciones Akal.
- FOUCAULT, M. (2000) *Defender la sociedad, Curso en el College de France (1975-1976)*, Mexico: FCE.
- FOUCAULT, M. (2002) *La voluntad de saber*, México: Siglo XXI.
- GOFFMAN, E. (1979) *Relaciones en público. Microestudios de orden público*, Madrid: Alianza.
- GONZALEZ ECHEVARRIA, A. (2010) “Parentesco y género. Intersección y articulaciones” in Fons, V., Piella, A. y Valdés, M. (eds) *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad*, Barcelona: PPU.
- GONZALEZ ECHEVARRÍA, A. (2005) “Informe sobre el estado del desarrollo de la antropología de la procreación”, Periferia, (3).

HERNÁNDEZ, C. (2012) “Foucault. Las relaciones entre el poder y la vida” in Fernandez , D. y Sierra A.( eds) *La biopolítica en el mundo actual*, Barcelona: Laertes.

ILLICH, I. (1996) “Patogénesis, inmunidad y calidad de la salud pública”, *Archipiélago*, 25, pp.39-45.

La BOÉTIE, E. (1976) *El discurso de la servidumbre voluntaria*, Barcelona: Tusquets.

LASTRES, J. y REGUEIRO, J. (2001) “Estructura y desarrollo del programa del niño sano”, *Pediatría integral* , (9) 67-73.

LINDENBAUM, S. Y LOCK, M. (1993) *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, London: University of California Press.

LILLO, M. et al. (2004) “Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural”, *Index enfermería*, 13 (44-45), pp.47-50.

LOCK, M. (1993) *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*, Berkeley: University of California Press.

LOCK, M. y NGUYEN, V. (2010) *Anthropology of Biomedicine*, Oxford: Wiley-Blackwell.

LORENZINI, D. (2012) “Mostrar una vida. Foucault y la (bio)política de la visibilidad” in Fernández , D. y Sierra A. (eds) *La biopolítica en el mundo actual*, Barcelona: Laertes.

MARTINEZ , A. (2008) *Antropología médica*, México: Siglo XXI.

MONTGOMERY, H. (2009) *An introduction to childhood, anthropological perspectives on Children's lives*, Oxford: Wiley-Blackwell.

MOSCOSO, M.F. (2013) *Biografía para uso de los pájaros. Memoria, infancia y migración*, Quito, IAEN.

NAROZTKY, S. (2005) “La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos” in Moreno. P. *Entre las gracias y el molino satánico*, Madrid: Trotta

RABINOW, P. (1996) *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton, Princeton University Press.

RUIZ-CANELA, J. (2010) El modelo de pediatría de Atención Primaria, *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 12 (supl. 19), pp. 139-148.

SARTRE, J. P. (2004) *Crítica de la razón dialéctica*, Buenos Aires: Losada.

TIMMI, S. (2006) “A critique of the International Consensus Statement on ADHD”, *Clinical Child and Family Psychology Review*, (7) 1, pp. 63-79.

UNICEF, (2015) *Alianza por la infancia*, Madrid: Unicef.

UNICEF, (1989) *Convención sobre los derechos del niño*, París: Unicef.

URIBE, J.M. (2014) “Atención primaria. De enfermos de ayer a usuarios de hoy”, in Uribe, J. M. y Perdiguero, E., *Antropología médica en la Europa Meridional. 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

VALDES, M. (2015) “Parentalidad, un concepto antropológico e interdisciplinar”, *Panel Parentalidad y parentesco. Diálogos interdisciplinarios (Antropología del parentesco, Biología, Derecho)*, I Congreso Internacional de Antropología AIBR. El ser humano: cultura, orígenes y destinos, Madrid, 7-10 julio 2015 10/07/2015, Comunicación oral

VAZQUEZ DE LUCAS, J. (2010) *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*, Madrid : FEMP.

© Copyright Jose M<sup>a</sup> Uribe Oyarbide, 2016

© Copyright *Quaderns-e de l'ICA*, 2016

Fitxa bibliogràfica:

URIBE OYARBIDE, José M<sup>a</sup> (2016), “Biopolítica del niño sano: procreación biológica, social y jurídica”, *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 21 (2), Barcelona: ICA, pp. 103-118. [ISSN 169-8298].

