



Consejo Federal de Educación

Resolución CFE 164/11

Buenos Aires, 13 de octubre de 2011

VISTO la Ley de Educación Nacional N° 26.206 y,

CONSIDERANDO:

Que conforme la Ley N° 26.206 la educación y el conocimiento son un bien público y un derecho personal y social garantizados por el Estado.

Que el artículo 11 incisos b) y c) de la LEN, establece que es obligación del Estado *“Garantizar una educación integral que desarrolle todas las dimensiones de la persona y habilite tanto para el desempeño social y laboral, como para el acceso a estudios superiores (...) brindar una formación ciudadana comprometida con los valores éticos y democráticos de participación, libertad, solidaridad, resolución pacífica de conflictos, respeto a los derechos humanos, responsabilidad, honestidad, valoración y preservación del patrimonio natural y cultural”*

Que el artículo 60 de la LEN establece que la Educación domiciliaria y hospitalaria es la modalidad del sistema educativo en los niveles obligatorios destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas que por razones de salud se ven imposibilitadas de asistir con regularidad a una institución educativa por períodos de 30 días corridos o más.

Que el objetivo de la modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades, permitiendo la continuidad de los estudios y la reinserción a la educación común, cuando ello sea posible.

Que para dar cumplimiento a los artículos 60 y 61 de la Ley N° 26.206 es necesario avanzar en la revisión y/o producción de nuevas regulaciones federales que generen las condiciones para la renovación de las propuestas formativas, reorganización institucional y estrategias pedagógicas para la escolarización y sostenimiento de la trayectoria escolar completa de los alumnos/as.

Que por la Resolución CFE N° 79, este cuerpo aprobó el Plan Nacional de Educación Obligatoria.

Que la definición de la Educación domiciliaria y hospitalaria como modalidad del Sistema Educativo, implica brindar a los/as alumnos/as una clara pertenencia a los niveles del sistema, superando de esta forma definiciones anteriores que aludían a subsistemas segmentados.



Consejo Federal de Educación

Que el CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN es el ámbito de concertación, acuerdo y coordinación de la política educativa nacional, debiendo asegurar la unidad y articulación del Sistema Educativo Nacional.

Que conforme al Reglamento de Funcionamiento de este cuerpo, corresponde aprobar el documento presentado por la Secretaría de Educación para su discusión.

Que la presente medida se adopta con el voto afirmativo de los integrantes de este Consejo Federal a excepción de las provincias de Corrientes, Salta, Chubut, Río Negro y Mendoza por ausencia de sus representantes.

Por ello,

LA XXXVI ASAMBLEA DEL CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Aprobar para la discusión, conforme lo establece el artículo 10º del Reglamento de Funcionamiento aprobado por Resolución CFE Nº 1/07, el documento de la modalidad EDUCACIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA, que como anexo I forma parte de la presente medida.

ARTÍCULO 2º.- Regístrese, comuníquese a los integrantes del CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN y cumplido, archívese.

Fdo:

Prof. Alberto Sileoni – Ministro de Educación de la Nación

Prof. Domingo de Cara – Secretario General del Consejo Federal de Educación

Resolución CFE Nº 164/11



Consejo Federal de Educación

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL



Consejo Federal de Educación

Educación Domiciliaria y Hospitalaria

Índice

1- Presentación

Capítulo I.

“Marco normativo”

- 2- La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en la Ley de Educación Nacional
- 3- La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional

Capítulo II.

“Lineamientos Generales de la Modalidad”

- 4- Introducción
- 5- Hacia un cambio de paradigma: de la Pedagogía Hospitalaria a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en Argentina.
- 6- Identidad. Marcos Normativos.
- 7- Identidad. Caracteres
- 8- Finalidad y objetivos
- 9- Concepción del proceso de salud- enfermedad
- 10- El sujeto de la educación domiciliaria y hospitalaria

Capítulo III.

“Alternativas para la organización de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria”

- 11- Lineamientos de la política educativa para la modalidad. Funciones y responsables.
 - 11.1- Organización y sustentabilidad de la modalidad en el tiempo.
 - 11.2- Sobre la articulación.
- 12- Instituciones de la Modalidad. Escuelas y Servicios Educativos Domiciliarios y Hospitalarios
 - 12.1- Escuelas
 - 12.2- Servicios Educativos

**Anexo Resolución CFE N° 164/11
Documento aprobado para la discusión**



Consejo Federal de Educación

13- Criterios para la organización

- 13.1- Criterios para el ingreso a la modalidad
- 13.2- Identificación y orientación hacia la modalidad
- 13.3- Comunicación con la escuela de referencia
- 13.4- Evaluación de la situación de un alumno
- 13.5- Criterios para la organización de la tarea educativa.
 - 13.5.1- Alternativas para la organización en el nivel secundario
- 13.6- Sobre la asistencia, calificación, promoción y acreditación
- 13.7- Criterios para la reinserción en una escuela de referencia

14- Formación Docente

15- Anexo

- 15.1- La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Marcos Normativos. Reseña
- 15.2- Antecedentes de la modalidad
- 15.3 - Historia de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en la Argentina



Consejo Federal de Educación

EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

1 - Presentación

El presente documento surge como una propuesta de construcción conjunta acerca de los principios que constituyen la modalidad, emanados de la Ley de Educación Nacional y sujetos a la discusión y el debate con los referentes jurisdiccionales. Fue elaborado con los aportes de los mismos en los tres encuentros federales llevados a cabo durante el año 2010.

Se propone formalizar aquello que particulariza a la modalidad en el seno del sistema educativo, sistema en permanente construcción en el que se ponen a prueba los continuos reajustes, cambios de referencias teóricas y estrategias innovadoras que estructuran la práctica, en su relación con las variaciones de la subjetividad actual.

La implementación de esta modalidad requiere de la construcción de lineamientos específicos e intersectoriales que orienten y fortalezcan las prácticas educativas llevadas a cabo en el interior de los diferentes efectores de salud y en cada domicilio donde espera un alumno en reposo, en la complejidad de la situación por la que atraviesa y en la singularidad de sus necesidades.

Se fundamenta en los principios, derechos y garantías que sustentan la Ley de Educación Nacional N° 26.206 para los niveles obligatorios, por lo que su implementación posibilitará la asistencia, calificación y promoción de los alumnos en situación de enfermedad, superando de este modo los niveles de ausentismo, repitencia y deserción escolar derivados de la misma.

Capítulo I – Marco Normativo

2 - La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en la Ley de Educación Nacional.

Amparado el derecho a la educación de todo niño, niña, adolescente o joven, cualquiera sea su condición de vida, de salud e ideología, por tratados y acuerdos internacionales, el Sistema Educativo Nacional sostiene este derecho en la Ley N° 26.206 de Educación Nacional. En su artículo primero regula el ejercicio del derecho a enseñar y aprender consagrado por el artículo 14 de la Constitución Nacional y los tratados internacionales incorporados a ella.



Consejo Federal de Educación

El sistema Educativo Nacional se estructura en cuatro (4) niveles- Educación inicial, Educación Primaria, Educación Secundaria y Educación Superior-, y ocho (8) modalidades, asegurando una educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades.

Constituyen modalidades del Sistema Educativo Nacional aquellas opciones organizativas y/o curriculares de la educación común, dentro de uno o más niveles educativos, que procuran dar respuesta a requerimientos específicos de formación y atender particularidades de carácter permanente o temporal, personales y/o contextuales, con el propósito de garantizar la igualdad en el derecho a la educación y cumplir con las exigencias legales, técnicas y pedagógicas de los diferentes niveles educativos. Son modalidades: la Educación Técnico Profesional, la Educación Artística, la Educación Especial, la Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, la Educación Rural, la Educación Intercultural Bilingüe, la Educación en Contextos de Privación de Libertad y la Educación Domiciliaria y Hospitalaria. (Ley de Educación Nacional, Art. 17).

Específicamente, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria se constituye como “...la modalidad del sistema educativo, en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria”. El objetivo de esta modalidad es garantizarles la igualdad de oportunidades, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible.

3 - La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional.

La Inclusión como principio rector y de justicia social.

La inclusión es un principio, proceso, acción social, colectiva, que resulta de una construcción simbólica de los grupos humanos, de las comunidades educativas, contribuyendo a mejorar las condiciones de los entornos para dar respuesta a todos. Significa integrar a la vida comunitaria a todos y cada uno de los miembros de la sociedad.

La inclusión, como postura filosófica, social, política y económica, se traduce en el ámbito educativo en acciones concretas que se opongan a cualquier forma de segregación y cualquier explicación que argumente la separación en el ejercicio del derecho a la educación. Estas políticas de promoción de la igualdad educativa deberán asegurar las condiciones necesarias para la inclusión, el reconocimiento, la integración y el logro educativo de todos/as los/as niños/as, jóvenes y adultos en todos los niveles y modalidades, principalmente los obligatorios. (Ley Nº 26.206 de Educación Nacional Título V. Art.80).



Consejo Federal de Educación

El reconocimiento de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como modalidad, en la Ley N° 26.206 de Educación Nacional, en tanto hecho político trascendente e indispensable, define el inicio de un proceso de promoción y concreción de la igualdad educativa destinada a una población en riesgo. Ningún sujeto al cual le toque la situación de enfermar debe quedar fuera de lo legalmente establecido. La inclusión es principio rector de la política educativa nacional, al relacionarla con el acceso, la participación y logros de todos los alumnos, con especial énfasis en aquellos que están en riesgo de ser excluidos o marginados.

En este proceso de reconocimiento e instalación de la modalidad, fue preciso que las distintas jurisdicciones designen sus referentes para compartir un espacio de discusión y definición conjunta, tendiente a implementar nuevas líneas de acción. El intercambio y el contraste de experiencias puestas en marcha en cada una de las instituciones educativas provinciales constituye un medio fecundo de cooperación horizontal, ya que dará inicio a un proceso en el que todos tienen algo que aportar y algo que aprender; cooperación e intercambio que permitirá la construcción de la modalidad. Por lo tanto, con el fin de compartir este espacio de definición conjunta, tendiente a implementar nuevas líneas de acción para esta modalidad, se realizaron reuniones de intercambio, debate y discusión con los referentes designados en cada una de las provincias que decidieron participar.

Capítulo II

Lineamientos generales de la Modalidad.

4 - Introducción

Siempre han sido la Educación y la Salud, los puntos de apoyo para el desarrollo de los pueblos y los canales esenciales para superar las desigualdades y la exclusión social. La educación es un derecho humano fundamental que posibilita hacer efectivos otros derechos individuales, sociales y culturales, esto es, ejercer plenamente la ciudadanía.

Considerar a los niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos, sujetos de derecho implica situarlos en el centro de la educación, la que deberá adaptarse a las necesidades específicas que presenten.

Para garantizar el acceso, la permanencia y el egreso universal del sistema educativo, es necesario ofrecer diferentes itinerarios y trayectorias que permitan adquirir por diferentes vías, los conocimientos y aprendizajes necesarios para actuar en la sociedad y desarrollar el propio proyecto de vida.

El logro de la igualdad educativa para los alumnos en situación de enfermedad, exige el desarrollo e implementación de una modalidad educativa flexible y adaptada, que le



Consejo Federal de Educación

permita acceder a una educación de calidad con el fin de lograr la continuidad en el sistema educativo. La inclusión educativa efectiviza el derecho a la educación, especialmente en quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad educativa y social, asegurando la participación plena y el aprendizaje de todos los sujetos.

No obstante, la exclusión educativa persiste amparada en el desconocimiento o en las diversas justificaciones que niegan con modos más o menos encubiertos, la exclusión de los alumnos que les ha tocado convivir con la enfermedad que los mantiene hospitalizados o en reposo domiciliario, pese a los resultados manifiestos y explícitos que esta situación presenta en términos de ausentismo, repitencia y deserción escolar.

El reconocimiento de la población que se encuentra impedida de acceder o permanecer en las escuelas del sistema educativo, exige la participación en el proceso general de construcción y concreción de la igualdad educativa, en el marco de un sistema educativo más inclusivo, justo e igualitario.

Instituir a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como una modalidad del Sistema Educativo, constituye un acto político de reconocimiento de una práctica educativa desarrollada en nuestro país desde hace más de medio siglo, en su doble sentido: en el de otorgar valor a su existencia y en el de re-conocer, como un “volver a conocer” (creando) la especificidad de su realidad educativa, refundando su esencia, sus sentidos e intencionalidad política.

5 - Hacia un cambio de paradigma: de la Pedagogía Hospitalaria a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria Argentina.

La sanción de la Ley de Educación Nacional N° 26.206 instala un nuevo paradigma educativo, que da lugar a pensar y ubicar la modalidad en otro sentido. En primer lugar, se la diferencia de la Educación Especial. La evolución de las ciencias médicas fue demostrando que no era posible generalizar sobre los efectos y consecuencias que la situación de enfermedad producía en los sujetos, ya que estas dependían de las herramientas psicológicas y socio afectivas con las que contaban los mismos para afrontarlas. Se entiende que todos los alumnos tienen necesidades educativas particulares. Cada uno de ellos requiere una enseñanza acorde a su singularidad y circunstancias. En este sentido, sostener una enseñanza “a medida” en el marco de la educación inclusiva, o utilizar con determinados alumnos, estrategias pedagógicas adaptadas, no implica su pertenencia a la modalidad de Educación Especial. La discapacidad se presenta claramente diferenciada de la enfermedad.

En segundo lugar, se la concibe como inherente al campo de la educación. Su objetivo responde a hacer efectivo el derecho a la educación, sostener la escolaridad de los sujetos que han enfermado invirtiendo el formato de una escuela dispuesta a ir en su búsqueda para resguardar su trayectoria educativa, llegando así a contextos situados en instituciones de salud o en los propios domicilios de los alumnos que llevan a cabo su reposo.



Consejo Federal de Educación

Es así que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es formalmente definida como una modalidad del Sistema Educativo Nacional, una opción organizativa y/o curricular de la educación común, que se propone escolarizar a los sujetos que no han completado los niveles obligatorios que, por haber enfermado se encuentren imposibilitados de concurrir a la escuela, asegurando dentro de sus fines y objetivos una educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades.

6- Identidad. Marco Normativo.

La identidad de la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria deriva y se encuadra en los siguientes marcos normativos (ver Anexo):

- a) Constitución de la Nación Argentina.
- b) Declaración de Ginebra.
- c) Carta Europea sobre los Derechos de los niños hospitalizados.
- d) Convención sobre los Derechos del Niño.
- e) Ley Nacional 23.849 “Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño”.
- f) Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- g) Ley 26.206 de Educación Nacional.
- h) Declaración de los Derechos del Niño, la Niña o Joven hospitalizado y/o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la Educación. (Río de Janeiro, 09/09/09).

7– Identidad. Caracteres

La Ley de Educación Nacional expresa que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es “...la modalidad del sistema educativo, en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria”. El objetivo de esta modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los/as alumnos/as, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible.

Esta definición precisa caracteres identitarios que especifican la modalidad. A saber:

- a) Ubica a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el campo de la educación, esto es, destaca su función educativa por sobre la complementaria a las prácticas médico-asistenciales, más allá de las intersecciones de contextos y discursos donde se



Consejo Federal de Educación

desarrollan las prácticas. Aunque genere efectos terapéuticos, por representar no sólo una oportunidad de aprendizaje sino también una ayuda para sobrellevar mejor su enfermedad, no es en sí misma terapéutica. Aunque priorice y utilice recursos educativos de carácter lúdico y recreativo, no se propone “entretener” o “distraer” al alumno frente al aprendizaje que implica la experiencia de la enfermedad. No es la educación domiciliaria y hospitalaria la responsable de sostener el aspecto humanizante que debe asumir el discurso médico.

b) Circunscribe la modalidad a la escolaridad obligatoria, destacando su pertenencia a los niveles, su transversalidad a los mismos y a las demás modalidades, a fin de mantener las trayectorias escolares, en sus múltiples formas de atravesar la experiencia educativa.

c) Define como destinatario de la modalidad, a un “sujeto en situación de” enfermedad, lo que le confiere a la misma, el carácter de suceso inherente a la vida, de mayor o menor complejidad y duración, pero que no es equivalente a todo su ser, ni marca su destino.

d) Centra su especificidad en un sujeto del aprendizaje del sistema educativo formal, que atraviesa una situación de enfermedad, que no le permite ingresar o concurrir regularmente a la escuela, evitando de esta manera hacer de la enfermedad una razón en sí misma para el ingreso en la modalidad y reorientando la mirada que acentúa el contexto, hacia el sujeto en situación de enfermedad, impedido de asistir a la escuela.

e) La especificidad de la educación hospitalaria es sintetizada por los términos: sujeto - situación de enfermedad - impedido de asistir a la escuela. Reconoce las particularidades de los contextos en los que se encuentra el alumno, su incidencia sobre los aprendizajes, pero no desplaza el eje puesto en el sujeto del aprendizaje hacia los contextos en los que se encuentra. De manera que lo que se denomina “paciente” en los contextos sanitarios, se constituye en “alumno” para el sistema educativo, revalorizando el alcance de este concepto, diametralmente opuesto al anterior.

f) La expresión “...permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible” destaca su intención y finalidad orientada a reintegrar el alumno a su escuela de referencia, evitándose toda posibilidad de estigma y finalmente de exclusión.

8 - Finalidad y Objetivos

Finalidad:

Garantizar el derecho a la educación de los sujetos que debido a su situación de enfermedad no pueden concurrir regularmente a la escuela común.

Objetivo:

**Anexo Resolución CFE N° 164/11
Documento aprobado para la discusión**



Consejo Federal de Educación

El objetivo de esta modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los alumnos, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común. (Ley 26.206, art. 61)

Objetivos específicos:

- Garantizar el inicio o continuidad de la escolarización en los niveles de educación inicial, primaria y secundaria de los sujetos en situación de enfermedad.
- Mantener la continuidad de los aprendizajes escolares.
- Mantener y propiciar el vínculo con la escuela de referencia del alumno, en pos de su reinserción.
- Reducir el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar provocados por la enfermedad.

Objetivos derivados:

- Reducir los efectos negativos derivados del aislamiento que produce la enfermedad.
- Favorecer los procesos de relación y socialización de los alumnos, necesarios para su desarrollo.
- Proyectar al alumno hacia el futuro y la vida.
- Resignificar la situación adversa habilitando nuevos aprendizajes que favorezcan la promoción de la salud, la prevención de accidentes o enfermedades y el protagonismo en el cuidado de la propia salud.

9 - Concepción del proceso salud-enfermedad

Pensar la enfermedad como un fenómeno de lo humano, supone considerarla en su relación con la salud. La concepción de la misma ha ido cambiando significativamente a lo largo del tiempo. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en la primera mitad de siglo XX pasó de concebirla como la “ausencia de afecciones o enfermedad”, para entenderla como “el estado de completo bienestar (o equilibrio) bio-psico-social”.

Ante los continuos cambios en la concepción y las prácticas del proceso de salud-enfermedad y pese al predominio, en términos generales, del modelo biomédico, aumentan los desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos que lo determinan. Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues



Consejo Federal de Educación

tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social.

En la población escolar y sus familias, se observan cada vez más, cuadros desencadenados por la incidencia de elementos derivados del cuidado inadecuado de la salud, de factores conductuales, de estilos de vida poco sanos, de riesgos ambientales para la salud, de factores culturales; lo que destaca que la salud, lejos de ser un estado de completo bienestar bio-psico-social, es un proceso complejo, en estado de tensión permanente, conflictivo, multifactorial y dinámico, vinculado a las condiciones de vida y a las posibilidades de bienestar de los pueblos .

Conforme a esta dinámica, el sistema actual de atención de la salud también va cambiando en base a criterios que se actualizan periódicamente.

Estos criterios referidos no solo al sistema de atención sanitaria sino a los modos en que se presenta el proceso de salud- enfermedad, sus tratamientos y evoluciones, inciden directamente en la organización de la tarea pedagógica determinando el itinerario a seguir: el alumno puede pasar de asistir a la escuela, a estar internado en el hospital o guardar reposo en su domicilio y desde éste nuevamente al hospital o escuela, en forma periódica, alternada o recurrente.

En síntesis, los efectores sanitarios van adaptándose a las modalidades que adopta el proceso salud-enfermedad de cada tiempo y sobre estas variaciones, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria debe ir adaptando su práctica, siempre desarrollada en la articulación de ambos campos: salud y educación. La situación de enfermedad, diagnóstico del que se trate, y el tiempo que conlleva la evolución y el tratamiento (diagnóstico y permanencia), incide en la enseñanza y en los aprendizajes escolares y en sentido inverso, la escuela es la institución privilegiada para trabajar en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. La mirada integral acerca de la salud de las poblaciones, le posibilita a la educación domiciliaria y hospitalaria, por su cercanía con los modos y estilos de vida de la gente, construir nuevos sentidos en relación al proceso de salud-enfermedad e interpelar el acto educativo propiamente dicho en su capacidad de intervención y transformación social.

10 – El sujeto de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria.

Todo sujeto en situación de enfermedad que no haya completado los niveles de educación inicial, primaria y secundaria en cualquiera de sus modalidades (se encuentre o no escolarizado), constituye el potencial destinatario de esta modalidad.

La enfermedad es una expresión cabal del límite de cada ser humano. Implica siempre un proceso de duelo, esto es, una reacción esperable frente a una pérdida: pérdida de la salud, de algunas capacidades, de un órgano, de autonomía; y en ocasiones, del proyecto personal y familiar al producir una ruptura en la continuidad de la vida. Es un proceso íntimo que dependerá de cada uno. Es una vivencia que siempre deja huellas y que va



Consejo Federal de Educación

acompañada de diferentes niveles de sufrimiento significado como una experiencia que singulariza, que se ofrece como posibilidad. “...La visión que se tenga de la vida, va a depender en gran medida, de las experiencias de enfermedad que se tengan, tanto propias como de seres cercanos. La enfermedad, como el sufrimiento y la muerte, son inherentes a la vida”. (Olga Lizasoain)

La irrupción de la enfermedad genera efectos subjetivos de carácter traumático, inesperados, por la vivencia de dolor que conlleva o por la amenaza que puede significar para la vida, lo que incide en la construcción de los aprendizajes y demanda una atención especializada, con estrategias pedagógicas específicas.

El alumno en situación de enfermedad requiere un abordaje pedagógico capaz de adaptarse a sus nuevas necesidades: las relacionadas al diagnóstico, a la hospitalización, a las prácticas médicas desconocidas, a la modificación de los tiempos y los espacios, a la pérdida de la cotidianidad, al aislamiento, a la desvinculación de su escuela de origen y de su grupo de pares, a la vivencia de dolor, a los temores, ansiedades y otras manifestaciones subjetivas expresadas en él y su familia.

“Por la especificidad misma del sujeto que atraviesa por una enfermedad o convalecencia, la praxis docente se encuentra atravesada por una serie de exigencias y desafíos que exceden la dimensión de los aprendizajes y la continuidad de la escolarización. Y en virtud de que este quehacer se encuentra en el entrecruzamiento de discursos, saberes y prácticas que articulan el campo de la Educación con el de la Salud, requiere de una conceptualización consistente e integradora de los diversos aspectos de la subjetividad que se encuentran involucrados.”¹

En esta trama discursiva se destacarán las dos variables primordiales que organizan el encuadre de trabajo: el diagnóstico (patología o enfermedad) y la permanencia (el tiempo que dure esta situación), las que el docente considerará para sostener un abordaje flexible, una intervención específica y pertinente, a través de acciones muchas veces intersectoriales.

La presencia de la educación domiciliaria y hospitalaria en un contexto de reposo u hospitalización trabaja re-introduciendo a un alumno en una cotidianeidad interrumpida, recuperando los procesos en marcha durante las distintas etapas de la vida, promoviendo la elaboración de la situación y la continuidad de los aprendizajes. La escolarización se presenta como sostén, otorgando a ese alumno internado o en reposo domiciliario un lugar, en un contexto de ruptura con las identificaciones cotidianas y de exposición a prácticas médicas, muchas veces desubjetivantes.

La educación lo convoca desde su posibilidad de provocar en el niño/a, adolescente o adulto ese giro desde el paciente-objeto de intervenciones médicas, hacia el alumno-sujeto del aprendizaje.

¹ Lic. Blestcher Facundo. “Niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad: trayectorias educativas y procesos de simbolización”. (2011) Segundo Curso. Programa de Formación Virtual en la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Educ.ar



Consejo Federal de Educación

La presencia de la escuela en lo anómalo de la enfermedad, el desarrollo de los procesos de enseñanza y de aprendizaje genera por añadidura, otros efectos en el campo subjetivo en tanto:

- Posibilita la elaboración del carácter traumático propio de la irrupción de la enfermedad o lo derivado de las prácticas médicas.
- Alienta la expresión de sentimientos, temores, ansiedades, expectativas.
- Logra que el alumno sienta que recupera parte de su mundo, de su vida cotidiana, y en ello, recupera parte de sí mismo.
- Construye nuevos vínculos con sus pares (que atraviesan una situación similar), con los docentes y con la institución escuela. Invierte un nuevo escenario diferente al que tenía pero que es transitoriamente, el posible.
- Se activan los procesos de relación y socialización, preservando su lazo social.

La educación en el contexto domiciliario y hospitalario y particularmente, la función que ejerce el docente como instrumento mediador entre el alumno y el conocimiento se convierte en una oportunidad para resignificar la situación de enfermedad (con todas sus implicancias), desde una mirada de la misma ya no como obstaculizadora y paralizante, sino como posibilitadora de nuevos aprendizajes y experiencias. Habilita espacios de enseñanza y aprendizaje allí donde se encuentre, esto es, acerca la escuela hasta su cama, convoca su deseo de aprender, desarrolla sus potencialidades como sujeto, incluyendo la situación de enfermedad. Tranquiliza al alumno ofreciéndose como vínculo con aquella realidad escolar y social que perdió al enfermar o que aún no conoce. Por lo tanto, se debe valer de estrategias que permitan al sujeto iniciar o continuar el proceso educativo formal con todo el beneficio que esto conlleva en términos de inclusión, de integración a una cadena social que le da existencia (ser entre otros) y que lo conforma en su identidad.

Capítulo III

Alternativas para la organización de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria

11 - Lineamientos de la política educativa para la modalidad. Funciones y responsabilidades

Las ofertas educativas correspondientes a los niveles obligatorios, llevadas a cabo con los alumnos que por situación de enfermedad se encuentran internados en efectores de salud o cumpliendo reposo domiciliario, dependerán de los sistemas educativos provinciales y/o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).



Consejo Federal de Educación

La modalidad articulará transversalmente al interior de los Ministerios de Educación con los niveles obligatorios, con otras modalidades, con la Educación No Formal, con programas específicos, con otras direcciones o áreas existentes. Trabjará de modo intersectorial con los ministerios provinciales de salud y otras áreas vinculadas a la situación de enfermedad del alumno.

11.1 - Organización y sustentabilidad de la modalidad en el tiempo

La incorporación en la estructura del gobierno educativo jurisdiccional, de un área con nivel de decisión, orientada a definir las políticas para la Educación Domiciliaria y Hospitalaria y con asignaciones presupuestarias específicas, permitirá que la modalidad avance en el logro de sus objetivos y la superación de los obstáculos.

Cada provincia y la CABA establecerá la forma de organización más adecuada a su sistema (dirección, subdirección, área, departamento, coordinación, etc.) y designará a un funcionario como responsable de la modalidad y referente jurisdiccional con funciones que incluyan: la representación de la jurisdicción en distintas actividades (internacionales, nacionales, regionales o bilaterales), la interlocución con mandato para la toma de decisiones relacionadas con la política educativa de la modalidad, la gestión de acciones de articulación intersectorial con otros ministerios, áreas, programas u organizaciones estatales o privadas, entre otras. En un plazo de 6 meses las jurisdicciones deberán determinar la forma de organización de la modalidad al interior de su respectiva estructura ministerial.

Para garantizar efectivamente el ejercicio del derecho a más y mejor educación para todos los alumnos del sistema educativo que se encuentren atravesando una situación de enfermedad, y en cumplimiento con la LEN, la modalidad estará incorporada de manera permanente en las agendas educativas de los Ministerios de Educación de la Nación, de las provincias y de la CABA, de modo transversal a todos los niveles y modalidades. Así se logrará su visibilidad e integración al sistema educativo de acuerdo con la normativa vigente.

11.2 - Sobre la articulación

La articulación reconoce tres niveles de decisión: el nacional, el jurisdiccional y el institucional:

- A nivel Nacional: el Estado Nacional y los estados provinciales y la CABA, acuerdan criterios, articulan estrategias políticas y diseñan líneas de acción comunes, para otorgar homogeneidad y coherencia al sistema.



Consejo Federal de Educación

- A nivel Jurisdiccional: en el marco de los acuerdos federales, cada provincia y la CABA administran sus sistemas educativos y disponen los medios que garantizan la atención educativa de todos los destinatarios de la modalidad, en todo el territorio jurisdiccional.
- A nivel Institucional: las escuelas y servicios domiciliarios y hospitalarios con sus directivos, equipos técnicos y docentes, implementan las disposiciones jurisdiccionales de acuerdo con la normativa local y nacional, adaptando sus propuestas educativas a la realidad y características de cada escuela de referencia y de sus destinatarios, en defensa de su trayectoria y de una educación de calidad para el alumno.

Las articulaciones necesarias para el cumplimiento de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria incluyen diferentes acciones como: implementar proyectos educativos y culturales, optimizar el uso de los recursos y los espacios, planificar la reinserción en la escuela de referencia, entre otras. Estas articulaciones serán:

- Interjurisdiccionales: entre la Nación y las provincias y la CABA; entre las provincias y municipios, entre otros.
- Intersectoriales: entre Educación y otros ministerios como el de Salud, Desarrollo Social, Infraestructura; con actores institucionales que tengan participación en los efectores sanitarios, entre otros.
- Intraministeriales: con todos los niveles, modalidades, escuelas de referencia, áreas, programas, proyectos y planes.
- Articulación con otros actores institucionales, asociaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, entre otros.

12 - Instituciones de la Modalidad. Escuelas y Servicios Educativos Domiciliarios y Hospitalarios.

El alumno en situación de enfermedad se escolariza en el ámbito hospitalario y/o domiciliario. Estos espacios diferentes imponen criterios comunes y otros diferenciados a la organización del acto educativo.

Si bien la especificidad de la modalidad es la situación de enfermedad en la que se encuentra el alumno, ésta se organiza atendiendo las particularidades del contexto en el que se encuentre el sujeto. Es así que se define:

- Educación Domiciliaria: comprende la atención educativa de los sujetos que se encuentren en reposo domiciliario por atravesar una situación de enfermedad, que les impide concurrir a una escuela, iniciando o continuando la escolaridad



Consejo Federal de Educación

obligatoria. El hogar de cada alumno se constituye en un aula escolar domiciliaria, donde el docente llevará a cabo su escolarización.

- Educación Hospitalaria: comprende la atención educativa de los sujetos que se encuentran internados en los efectores de salud tanto públicos como privados, iniciando o continuando la escolaridad obligatoria.

En estos ámbitos, la modalidad permite dar continuidad a las trayectorias educativas de los alumnos que atraviesan por una situación de enfermedad, mediante sus modelos de organización denominados “Escuelas” y “Servicios” que institucionalizan la acción educativa.

12.1 - Escuelas:

Se designan como Escuelas, los establecimientos educativos que cuenten con una estructura orgánica- funcional que responda a las pautas reglamentadas por el Poder Ejecutivo Provincial para cada uno de los niveles. Están dotadas de autonomía pedagógica y administrativa y su especificidad institucional refiere a los fines y objetivos propios de la modalidad.

Estas escuelas pueden ser:

- Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias: son designadas como tales los establecimientos educativos que cuenten con aulas hospitalarias y domiciliarias, y que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, contando con una sede o espacio físico que podrá estar emplazada dentro del hospital de referencia o en otro edificio.
- Escuelas Hospitalarias: son designadas como tales los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, internados en los efectores sanitarios, contando con un espacio físico o aula hospitalaria dentro del mismo para la organización y desarrollo de la tarea.
- Escuelas Domiciliarias: son designadas como tales, los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren en reposo domiciliario, contando con una sede administrativa o espacio físico para la coordinación y organización de la tarea.

12.2 - Servicios Educativos:

Se designan como Servicios Educativos aquellas ofertas organizativas que no se encuadran dentro del formato de Escuelas, y se conforman como opciones educativas que llevan a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren internados en efectores de salud o que cumplan reposo domiciliario.



Consejo Federal de Educación

Estos servicios dependerán pedagógica y administrativamente de una escuela propia de la modalidad o de una escuela común supervisada por el organismo específico de la modalidad en el nivel central del Ministerio de Educación Provincial.

- **Servicios Educativos Hospitalarios:** se designan como tales, aquellas ofertas educativas que llevan a cabo la escolaridad de los sujetos que cursan los niveles obligatorios de la escolaridad y se encuentran internados en los efectores sanitarios. Estos servicios dependen en lo orgánico-funcional de una escuela base del nivel y/o modalidades.
- **Servicios Educativos Domiciliarios:** se designan como tales, aquellas ofertas educativas que llevan a cabo la escolaridad de los sujetos que cursan los niveles obligatorios de la escolaridad y se encuentran en reposo domiciliario, acorde a estricta prescripción médica. Estos servicios educativos dependen en lo orgánico-funcional de una escuela del nivel y/o modalidades.

Cada jurisdicción organizará el funcionamiento de la modalidad en su territorio, acorde al diseño derivado de sus características poblacionales, geográficas, sanitarias y epidemiológicas, a fin de incluir a todos los alumnos que requieran de la educación domiciliaria y/u hospitalaria. Para el cumplimiento a este derecho, las instituciones de la modalidad (escuelas y servicios) que se creen a partir del año 2012, tendrán el carácter de domiciliarias y hospitalarias simultáneamente, centrándose en el sujeto del aprendizaje y en el seguimiento de su trayectoria escolar. Esto significa que los docentes y/o profesores se designarán para la modalidad, es decir, podrán ser domiciliarios y/u hospitalarios según la demanda y necesidad. Dicha identidad favorecerá la continuidad del acto educativo y la preservación del vínculo de cada alumno con su docente, en tanto éste se dispone a acompañarlo en su escolarización, en los distintos escenarios que su proceso de tratamiento o recuperación requieran.

13 - Criterios para la organización

El ingreso a la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria constituye una estrategia para garantizar la trayectoria escolar de todo sujeto que atraviesa por una situación de enfermedad y no haya completado su escolaridad en los niveles obligatorios. Su trayectoria escolar estará estrechamente ligada al curso que asuma la enfermedad y su tratamiento, esto es: su evolución, complicaciones, recidivas, derivaciones a otros centros sanitarios, a otras localidades. En ocasiones, la remisión parcial de la enfermedad permite al alumno el regreso a su escuela de referencia por períodos más o menos prolongados de tiempo, debiendo recurrir nuevamente a la Educación Domiciliaria y/u Hospitalaria en períodos de recidiva, como es el caso de ciertos diagnósticos de carácter tanto crónico como recurrente. En estas situaciones las trayectorias educativas serán una ida y vuelta por los distintos escenarios, garantizando así su pleno derecho a la educación.



Consejo Federal de Educación

En este proceso de diseño e implementación de formas de organización de la modalidad, tal como la concibe la Ley de Educación Nacional, resulta pertinente recuperar las experiencias pasadas y actuales instituidas en nuestro país desde hace setenta años, como plataforma que impulse el desarrollo de nuevas experiencias, conceptualizaciones y dispositivos de funcionamiento propios del paradigma actual de la modalidad en el marco de la política educativa nacional.

13.1 - Criterios para el ingreso a la modalidad

El ingreso a la modalidad de un sujeto en cualquiera de los niveles educativos obligatorios se efectúa cuando el mismo se encuentra en una situación de enfermedad debidamente justificada por certificación médica que le impide la asistencia a la escuela.

La realidad actual de nuestro país indica en todas las jurisdicciones que los períodos de internación de los alumnos en los efectores públicos oscilan entre 5 y 7 días, a excepción de algunos diagnósticos de carácter crónico. Esto es así, debido a los cambios que presenta el sistema de atención de la salud, transformaciones que reflejan criterios modernos orientados a la prevención, a la reducción de los períodos de internación, a la continuidad de los tratamientos en forma ambulatoria, al seguimiento de pacientes al regresar a su casa, al mayor grado de información y decisión del paciente respecto de su enfermedad y a la participación activa en su tratamiento. Los efectores sanitarios van adaptándose a las modalidades que adopta el abordaje del proceso de salud-enfermedad de cada tiempo. Comprender estos cambios resulta crucial para la organización de la tarea pedagógica ya que determina el itinerario a seguir: del hospital al domicilio y de éste nuevamente al hospital en forma periódica, alternada o recurrente.

Cuando un sujeto es internado en una institución sanitaria, es porque su cuadro reviste un determinado grado de complejidad. En la mayoría de los casos, no es posible conocer el tiempo de duración de la internación, la evolución de dicha enfermedad, las complicaciones posibles del tratamiento o la respuesta del sujeto ante el mismo, así como si deberá o no continuar el reposo en el domicilio. El egreso hospitalario no es sinónimo de “alta médica”, por el contrario, en la mayoría de los casos, al período de internación hospitalaria le suceden días de reposo domiciliario.

Prevalecen en todas las jurisdicciones sujetos con diagnósticos de carácter crónico o que presentan recurrencias, que no generan largos períodos de reposo hospitalario y/o domiciliario sino manifestaciones periódicas, las que sumadas constituyen períodos de ausentismo escolar altamente significativos, como por ejemplo las enfermedades respiratorias, cardiopatías, etc. Esto no implica desconocer que existen cuadros de enfermedades recurrentes cuya resolución se da en pocos días y en el ámbito del hogar, como así también afecciones circunstanciales, clasificadas como signos y síntomas, que no justifican la intervención de la modalidad.

Resulta entonces más pertinente como criterio de ingreso a la modalidad, considerar la variable diagnóstico, en lugar de la de permanencia. Es decir, el ingreso a la modalidad no



Consejo Federal de Educación

podrá definirse exclusivamente por la cantidad de días previstos de internación o reposo domiciliario. Por este motivo, cuando un alumno debe ser internado en un efector sanitario, la intervención de la modalidad debe iniciarse seguidamente a la detección del mismo, sea cual fuere el tiempo previsto de esa internación, ya que generalmente, se desconoce la duración de la misma.

Por otra parte, la variable diagnóstico también presenta su complejidad. Muchas veces los diagnósticos médicos se conocen luego de una serie de estudios, se modifican, se complejizan. Asimismo, los tratamientos se readecúan en función de los diagnósticos cambiantes. No siempre es posible conocer el diagnóstico en el momento que el sujeto ingresa a la institución sanitaria, como así tampoco el tiempo que deberá permanecer internado o en reposo domiciliario. En estos casos, también se considerarán los diagnósticos presuntos, aunque luego se modifiquen.

13.2 - Identificación y orientación hacia la modalidad

En numerosas ocasiones, el derecho a la educación se ve vulnerado no sólo debido a la escasez de oferta educativa de la modalidad, sino también a la inexistencia de mecanismos de comunicación y de articulación apropiados entre las áreas de salud y de educación, o entre distintas jurisdicciones, a la discontinuidad entre la educación hospitalaria y domiciliaria, como así también a la subestimación de los períodos breves de internación.

Actualmente, los docentes que trabajan en las escuelas y/o servicios hospitalarios recorren diariamente los sectores del hospital relevando los alumnos que se encuentran internados. Esta “recorrida” constituye una instancia fundamental de conocimiento y evaluación de las situaciones de los alumnos a escolarizar. Sin embargo, resulta indispensable optimizar los mecanismos existentes que, hoy en día, recaen excesivamente en los docentes de la modalidad y carecen del grado de institucionalización que requieren.

Con el fin de agilizar la orientación hacia las escuelas y servicios de la modalidad y evitar pérdidas de tiempo innecesarias para los actores involucrados (los docentes, las escuelas, los alumnos que atraviesan la situación de enfermedad y sus familias), se plantea la necesidad de una doble vía de identificación de los posibles destinatarios de la acción de la modalidad: los efectores sanitarios –tanto públicos como privados- y las escuelas de referencia.

Por una parte, se trata de articular adecuada y ágilmente la información proveniente del sistema hospitalario, esto es, la nómina o registro diario de sujetos susceptibles de ser escolarizados en los distintos niveles educativos que se encuentren internados, con la oferta educativa de la modalidad existente en el efector sanitario, que intervendrá en resguardo de las trayectorias educativas de los alumnos. Para ello, resulta indispensable que cada jurisdicción logre acuerdos con los Ministerios de Salud para crear una base o sistema de datos que permita conocer los sujetos que se encuentran internados, que



Consejo Federal de Educación

están cursando actualmente alguno de los niveles obligatorios, o que no hayan iniciado o completado su escolaridad, a los fines de agilizar su ingreso a la modalidad, evitando pérdidas de tiempo innecesarias, que van en desmedro de la continuidad de los aprendizajes. Para la creación de estos sistemas, se establece como plazo la finalización del año 2014.

Por otra parte, y dado que no siempre la situación de enfermedad requiere de una internación en un efector sanitario, la escuela a la que concurre el alumno es la responsable de contactarse, a través de los canales institucionales que cada jurisdicción considere, con la escuela o servicio de la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria correspondiente, para dar continuidad a la trayectoria escolar de estos alumnos, evitando inasistencias que perjudiquen la continuidad de los aprendizajes, la calidad de la oferta educativa y su derecho a la educación. Se establece como plazo la finalización del año 2012 para la definición de esos canales institucionales de comunicación.

En este sentido, es importante que las escuelas de referencia se interioricen sobre la situación sanitaria de sus alumnos, solicitando esta información a las familias. Deberán estar especialmente atentas a la asistencia de aquellos alumnos que presenten diagnósticos crónicos o recurrentes, que son potenciales alumnos de la modalidad, diferenciándolos de aquellos que presenten afecciones circunstanciales.

13.3 - Comunicación con la escuela de referencia

El contacto con la escuela de referencia del alumno que es temporalmente escolarizado por la modalidad deberá ser permanente, especialmente en las situaciones que demandan largos tratamientos. Se busca de esta manera preservar la continuidad de los aprendizajes y el vínculo con sus docentes y su grupo de pares.

Cuando una escuela o servicio educativo hospitalario identifique un sujeto internado que no ha completado la escolaridad obligatoria y manifiesta intenciones de hacerlo, se lo inscribirá en la modalidad, se dará inicio a su escolarización y al mismo tiempo, se gestionará la futura continuidad educativa en una institución del nivel que le corresponda. Se busca que en todos los casos exista una escuela de referencia de modo tal de facilitar la reinserción del sujeto, una vez finalizada la enfermedad.

13.4 - Evaluación de la situación del alumno

Una vez realizado el ingreso a la modalidad, ésta realizará una evaluación de la situación del alumno, en sus aspectos administrativos, pedagógicos y clínicos, que le posibilite a los docentes conocer las características del sujeto a escolarizar.



Consejo Federal de Educación

En términos administrativos, las escuelas y servicios de la modalidad requerirán la certificación médica como requisito indispensable, donde constará el diagnóstico médico o sintomatología manifiesta y el tiempo probable de reposo.

En términos pedagógicos, las escuelas y servicios educativos de la modalidad recibirán toda la documentación brindada por la escuela de referencia sobre la situación pedagógica del alumno, para dar continuidad a la escolaridad de manera similar a como se viene desarrollando.

En términos clínicos, se buscará conocer las incidencias que presenta la enfermedad en el proceso de aprendizaje, así como otros elementos significativos tales como: el impacto subjetivo que ocasionó la enfermedad tanto en el alumno como en su núcleo familiar, los cambios en su organización, costumbres y funcionamiento cotidiano, vínculos establecidos, pérdidas derivadas, elaboración de las causas que precipitaron la enfermedad, fantasías y temores, mitos y prejuicios, necesidades y prioridades.

Cada jurisdicción deberá conformar equipos técnicos que puedan cumplimentar las evaluaciones mencionadas anteriormente. Será indispensable la presencia en los mismos de al menos un psicólogo, quien evaluará las condiciones de ingreso del sujeto en la modalidad, como así también realizará psicoprofilaxis y acompañamiento a los docentes. Se podrán incorporar otros profesionales atendiendo a las particularidades regionales, como por ejemplo trabajadores o asistentes sociales.

13.5 - Criterios para la organización de la tarea educativa.

En el contexto domiciliario, el docente escolariza a cada alumno de manera individualizada. Es recomendable que un docente domiciliario escolarice como máximo hasta cuatro alumnos a la vez. El tiempo semanal se organizará de la siguiente manera: los días lunes, miércoles y viernes, el docente escolarizará a dos alumnos, contando entre ambos con un tiempo destinado al traslado de un domicilio a otro; y los martes y jueves escolarizará a otros dos alumnos. Este orden se invertirá a la semana siguiente. Sin embargo, es importante que estos días sean flexibles, en función de los tratamientos o consultas médicas a las que deba concurrir el alumno. El docente podrá modificar los tiempos de tarea en función de la aparición de sintomatología física o anímica del alumno que obstaculice el desarrollo de los aprendizajes. Cuando un docente tenga menos de cuatro alumnos, y su disponibilidad horaria lo permita, la frecuencia de las clases podrá aumentarse temporalmente, hasta que se presenten nuevos alumnos.

Cada docente deberá destinar, al menos quincenalmente media jornada a trabajar en la sede de la escuela o servicio del que dependa, para informar sobre la situación de cada uno de sus alumnos y contactarse con las escuelas de referencia y con miembros del equipo técnico.

En los contextos hospitalarios, los alumnos que pueden desplazarse son escolarizados en el Aula Hospitalaria, mientras que aquéllos que no pueden hacerlo, son escolarizados



Consejo Federal de Educación

al pie de cama. En ambos casos la atención es personalizada, por lo que la tarea se desarrollará mediante módulos flexibles, cuya unidad de tiempo variará en relación a las posibilidades del alumno y a los requerimientos de las prácticas médicas y de enfermería.

Cuando los alumnos, debido a su diagnóstico, se encuentran en situación de aislamiento, el ingreso a la habitación debe realizarse atendiendo a las indicaciones del personal de salud en lo que respecta al cumplimiento de las normas de bioseguridad (lavado de manos, uso de barbijos, batas, cofia, esterilización de materiales didácticos, etc.)

En ambos casos, mediante una planificación estratégica de su tarea, los docentes definirán los objetivos a alcanzar, la selección y secuenciación de los contenidos, las actividades que propondrá, los materiales didácticos con los que es posible trabajar y la evaluación que hará de todo el proceso y de los resultados obtenidos, en la mayor articulación posible con la escuela de referencia a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y una educación de calidad.

Los objetivos pedagógicos variarán según la duración de la enfermedad:

- En los períodos breves (hasta 5 días), los objetivos pedagógicos se orientan a afianzar saberes previos, aprendizajes asimilados, realizar actividades de integración de contenidos. Más allá de que siempre es conveniente alentar el contacto con la escuela de referencia, esto se ve facilitado en las internaciones mayores a 5 días.
- Cuando el período se prolonga a una mayor cantidad de días, los objetivos educativos apuntan a construir nuevos aprendizajes, para lo cual es necesario establecer el contacto con la escuela de referencia para coordinar la continuidad de los aprendizajes en resguardo de su trayectoria educativa.

13.5.1 - Alternativas para la organización en el nivel Secundario

Debido a la complejidad que significa efectivizar la escolaridad de los alumnos del nivel de Educación Secundaria, se sugieren con carácter orientador algunas alternativas de organización.

Garantizar el derecho a educarse a los alumnos del nivel secundario de todo el país, que por atravesar una situación de enfermedad no pueden concurrir a su escuela de referencia, supone un desafío ético y político, que responde a un derecho y es asumido por el Estado Nacional como una responsabilidad a cumplir. “Disponer de criterios de unidad para la educación secundaria en el país no implica uniformidad pero exige acuerdos sustantivos que garanticen la igualdad de oportunidades de todos los estudiantes...” (Res. CFE N° 84/09, pág.15). Es decir, que se regularán las definiciones que aporten un marco de referencia, englobando las generalidades con las que debe contar la educación secundaria de la modalidad, contemplando que cada provincia deberá ajustar las propuestas a su contexto, características y necesidades. Todas las acciones



Consejo Federal de Educación

que se lleven a cabo, tendientes a cubrir la totalidad de la población de educación secundaria que enferma, deben sostener la construcción permanente y renovada de variadas respuestas regionales, jurisdiccionales y locales, en el marco de un proyecto colectivo común.

Consecuentemente con este marco, los acuerdos del Consejo Federal de Educación sobre Educación Secundaria, aprobados en 2009, promueven diversas propuestas educativas para el nivel, incluyendo variados formatos institucionales, modalidad de cursado y criterios de evaluación, promoción y acreditación:

- Resolución del CFE N 84/09 “Lineamientos Políticos y Estratégicos de la Educación Secundaria Obligatoria”
- Resolución del CFE N 88/09 “Institucionalidad y Fortalecimiento de la Educación Secundaria Obligatoria- Planes Jurisdiccionales y Planes de Mejora Institucional”
- Resolución del CFE N 93/09 “ Orientaciones para la organización pedagógica e institucional de la Educación Secundaria Obligatoria”
- Resolución del CFE N 102/10 “Pautas Federales para la movilidad estudiantil en la educación obligatoria”
- Resolución del CFE N 103/10 “Propuestas para la Inclusión y/o Regularización de las Trayectorias Escolares en la Educación Secundaria”.

Basándose en estas regulaciones, cada jurisdicción construirá la alternativa que considere conveniente para que todos/as los adolescentes y jóvenes, aún en situación de enfermedad, puedan iniciar o continuar su educación secundaria.

Propuestas de organización

Según lo reglamentado por la Resolución CFE N° 84/09, la Educación Secundaria se organiza en cuatro diferentes modalidades debiendo la Educación Domiciliaria y Hospitalaria escolarizar a los alumnos que enferman de cualquiera de ellas: Educación Secundaria Orientada, Educación Secundaria Modalidad Técnico Profesional, Educación Secundaria Modalidad Artística, Educación Secundaria Modalidad de Educación Permanente de Jóvenes y Adultos.

Cada jurisdicción organizará la implementación gradual y progresiva de la modalidad en resguardo de las trayectorias escolares de los alumnos del nivel que se encuentran enfermos, asegurando su continuidad a través de políticas que garanticen el ingreso, la permanencia, la promoción y el egreso de cada alumno en el sistema.

En el marco de las reuniones realizadas, se construyeron propuestas de implementación para la educación secundaria de la modalidad:



Consejo Federal de Educación

A) A través de la figura de un tutor:

Dado que no es viable ni deseable que se reproduzca el modelo de educación secundaria en los domicilios y/u hospitales, esto es un profesor para cada asignatura, se reconoce como importante la figura de un tutor. Será un referente que oficie de nexo entre el alumno, los profesores y los contenidos. Cada jurisdicción, en función de sus posibilidades y necesidades, seleccionará los tutores (profesores de secundaria, docentes del nivel primario, miembros de los equipos psicopedagógicos o técnicos, entre otros que puedan designar), a través de la construcción de un perfil propio de la modalidad que posibilite intervenciones adecuadas a la complejidad del sujeto de la misma. El perfil requiere como requisitos indispensables poseer título docente, formación específica y/o experiencia en la modalidad de educación domiciliaria y hospitalaria, función tutorial y uso de las TICs.

En apoyo de las tareas de los tutores, se conformará un equipo conformado por profesores de las distintas asignaturas, con carácter central. Este equipo será responsable de elaborar la propuesta pedagógica para cada alumno, las actividades a desarrollar, seleccionar los materiales y los recursos para el aprendizaje y evaluar los aprendizajes en la asignatura junto con el tutor. Este equipo planifica en contacto con la escuela de referencia, que señala los contenidos que los docentes de la escuela de referencia están trabajando con los grupos a los que pertenecen los alumnos.

El tutor funcionará como nexo entre este equipo, las propuestas pedagógicas y cada uno de los estudiantes, siendo quien determina, según el impacto que la enfermedad genere en el alumno, la adaptación de los proyectos a las circunstancias que atraviesa cada sujeto. Asimismo, el tutor podrá solicitar al equipo central la intervención directa de un profesor de determinada asignatura, cuando considere que resulta absolutamente necesario.

Las funciones principales de los tutores serán las que a continuación se detallan, pudiendo cada jurisdicción implementar otras que se consideren necesarias y acordes a las particularidades provinciales:

- Facilitar al alumno la apropiación de los contenidos de estudio y la realización de los trabajos prácticos en forma presencial y a través del uso de las Tics.
- Detectar situaciones problemáticas de aprendizajes pudiendo realizar intervenciones oportunas. En caso de absoluta necesidad, solicitar al equipo central la participación de un profesor de la materia.
- Comunicarse periódicamente con la escuela de referencia del alumno para poder pensar acciones conjuntas que favorezcan el contacto del alumno con sus compañeros, tendientes a que el mismo no pierda su pertenencia a ese grupo.
- Diseñar e implementar las acciones oportunas para la evaluación de los contenidos, calificación y reingreso a la escuela de pertenencia.



Consejo Federal de Educación

Las funciones principales del equipo central serán las siguientes:

- Elaborar junto con el tutor la propuesta pedagógica para cada alumno (la selección de los contenidos prioritarios, las actividades a desarrollar, los recursos didácticos, etc.), teniendo en cuenta los contenidos que la escuela de referencia señale.
- Elaborar y/o seleccionar los materiales y los recursos para el aprendizaje de la asignatura. Diseñar y/o seleccionar software educativo.
- Evaluar los aprendizajes de cada estudiante en la asignatura junto con el tutor.
- Atender consultas de los estudiantes y/o realizar devoluciones a la producción que éstos realizan virtualmente.
- Intervenir en forma directa junto con el tutor cuando éste lo considere necesario.

La organización de los contenidos estará sujeta a los planes de estudio provinciales. Se deberá tener en cuenta que ya están establecidas las materias comunes y prioritarias para las 3 primeras modalidades de educación secundaria: Lengua y Literatura, Matemática, Ciencias Sociales (que incluya Historia, Geografía y Economía), Ciencias Naturales (que incluya aportes de Física, Química y Biología), Educación Tecnológica en el ciclo básico, Humanidades y Formación Ética y Ciudadana. Se pueden realizar propuestas de enseñanza multidisciplinares, para priorizar temas que requieran del aporte de distintas disciplinas o áreas curriculares. En el caso de alumnos que provengan de escuelas secundarias de la modalidad Técnico Profesional, se deberán organizar los contenidos teóricos de las materias prácticas o de taller; y diseñar software educativo que permitan la resolución de entornos de trabajo.

Se utilizarán en todos los casos las TICs como recurso y medio para incrementar la calidad de la educación de los alumnos de la modalidad, potenciando de esta manera el aprendizaje, el conocimiento, el análisis de la información, manteniendo el contacto con su clase y/o compañeros de escuela a través de la resolución de trabajos colaborativos, y principalmente el acceso a todos los contenidos y actividades programadas. El uso de las TICs no reemplazará en ningún caso la función tutorial.

La articulación institucional con una escuela secundaria es imprescindible para la inclusión pedagógica de los adolescentes, jóvenes y/o adultos. La escuela de referencia acreditará formalmente los aprendizajes, reconociendo como válidas las evaluaciones realizadas por los tutores y equipo central de profesores de la modalidad.

B) A través de equipos de profesores de asignaturas de mayor carga horaria.

Se conformarán equipos de profesores de las materias de mayor carga horaria, distribuidos por regiones, distritos, nodos o áreas. Estos profesores concurrirán al hospital o al domicilio de los alumnos según la organización horaria que definan, para dar



Consejo Federal de Educación

continuidad a su escolaridad, mediante la utilización de las Tics como recurso que permita la apropiación de los contenidos de estudio.

Se buscará evitar el cursado simultáneo de una alta cantidad de materias, dado que esto implica el contacto con numerosa cantidad de profesores, lo cual en muchos casos no es aconsejable, debido a las condiciones por las que atraviesa el sujeto en situación de enfermedad.

En los casos de aquellos alumnos que permanecen largos períodos en la modalidad, otra posibilidad consiste en organizar la alternancia de materias semanal o quincenalmente.

Cuando un período no pueda ser evaluado y calificado, la escuela de referencia podrá promocionar el grado o año a partir de la ponderación del desempeño académico obtenido a lo largo del ciclo lectivo, siempre que esto no ponga en riesgo la promoción del estudiante. Si la jurisdicción optara por esta modalidad deberá adecuar su normativa de en esta dirección.

Independientemente de las distintas propuestas y/o formatos de escolarización en el nivel, debe priorizarse que quien sostenga la enseñanza garantice el logro de los aprendizajes escolares por parte del alumno, desde su formación específica en esta modalidad.

Estos criterios de organización tienden a favorecer la construcción de proyectos que prevean la participación de distintos actores con responsabilidades diferenciadas y la utilización y disponibilidad de recursos de distinta naturaleza para acompañar las acciones. Cada provincia los adecuará a su jurisdicción para poder implementarlos.

13.6 - Sobre la asistencia, calificación, promoción y acreditación

Siempre que un alumno sea escolarizado por la modalidad, cualquiera sea el tiempo que dure esta intervención, la escuela o servicio domiciliario y/u hospitalario certificará la asistencia del alumno. Ningún alumno perderá su condición de regular en su escuela de referencia mientras sea escolarizado en instituciones de la modalidad.

Asimismo, la escuela o servicio domiciliario y/u hospitalario enviará a la escuela de referencia un informe pedagógico que dé cuenta del proceso de aprendizaje en dicho período.

En los casos de aquellos alumnos cuyo tratamiento médico requiera internaciones o reposos prolongados, corresponde a las instituciones de la modalidad evaluar sus aprendizajes.

Corresponde calificar a la institución (escuela de referencia o escuela/servicio de la modalidad) que registre la mayor cantidad de asistencia del alumno durante el período en curso (bimestre, trimestre, etc). La excepción es cuando un alumno que se encuentra atravesando un largo tratamiento finaliza el período escolar en instituciones de la



Consejo Federal de Educación

modalidad, en cuyo caso corresponde calificar a la escuela o servicio domiciliario y/u hospitalario.

Cuando la que califica es la institución de la modalidad, remitirá la documentación e informes correspondientes a la escuela del nivel y/o modalidad de referencia. Cuando la que califica es la escuela de referencia deberá dar por válido el informe pedagógico recibido de la modalidad y deberá considerarlo a la hora de calificar al estudiante.

En aquellos casos en que no sea posible evaluar alguna asignatura (ya sea porque no estén contempladas en la propuesta de la modalidad o porque resulta imposible evaluar debido a la situación de salud del alumno) podrán promocionar el grado o año a partir de la ponderación del desempeño académico obtenido a lo largo del ciclo lectivo, siempre y cuando esto no ponga en riesgo la promoción.

En los casos en que el estudiante que atravesase un largo tratamiento finalice el último período en la modalidad, ésta será la responsable de definir la promoción al año o ciclo siguiente.

La acreditación le corresponde siempre a la escuela de referencia del alumno. A fin de evitar estigmatizaciones a través de títulos que hagan mención al contexto en que el alumno cursó sus estudios, las escuelas o servicios de la modalidad no otorgarán títulos. En aquellas situaciones que el alumno haya sido inscripto en la escuela de referencia luego de haber iniciado su escolarización en una institución de la modalidad, la escuela de referencia acreditará lo calificado por las escuelas y servicios de la modalidad.

Aquellos alumnos que por razones de salud deban trasladarse de localidad dentro de una misma jurisdicción o hacia otras jurisdicciones, (esto implica la internación en Hospitales de otras provincias) deberán ver garantizadas su asistencia y la continuidad de los estudios en cualquier parte del territorio nacional, a través de una escuela o servicio de la modalidad.

Las jurisdicciones deberán adecuar sus normativas referidas a regímenes de evaluación, promoción y acreditación de modo que se consideren las situaciones previstas en este apartado. Para ello deberán tener en cuenta la Resolución CFE N° 122/10 “Orientaciones para el mejoramiento de las trayectorias escolares reales de niños, niñas y jóvenes”).

13.7 - Criterios para la reinserción en una escuela de referencia.

El proceso de inserción o reinserción en la escuela de referencia deberá ser planificado en conjunto con dicha institución, de modo de dar continuidad a la propuesta pedagógica. Por este motivo, se buscará mantener o iniciar el contacto mientras la situación de enfermedad mantenga al alumno alejado de su escuela de referencia.



Consejo Federal de Educación

Es importante que el alumno/a se sienta acompañado y apoyado en los nuevos desafíos que debe enfrentar tanto en términos académicos como sociales y emocionales. Los docentes de la escuela de referencia podrán facilitar este regreso, mediante estrategias específicas apropiadas compartidas con el docente de la modalidad a cargo.

14 - Formación Docente

A partir de la inclusión de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como una modalidad dentro de la estructura del Sistema Educativo Nacional, se observa la necesidad de brindar un marco de formación específica, a los docentes hospitalarios y domiciliarios del país, que hasta el momento, vienen desarrollando sus prácticas amparados en distintos marcos derivados de la Educación Especial, de la Pedagogía Hospitalaria, con herramientas y conocimientos tomados además de sus propias experiencias, motivados por su profundo compromiso docente.

“Las identidades docentes pueden ser entendidas como un conjunto heterogéneo de representaciones, y como un modo de respuesta a la diferenciación o identificación con otros grupos profesionales. Esa identidad comporta una especificidad referida al campo de actividad docente que es común a los miembros del “grupo profesional docente”... Esta identidad “común” y colectiva hace referencia a un proceso de socialización vinculado con la noción de profesión”.²

La construcción de la identidad profesional requiere de un proceso individual, a la vez que el colectivo ayuda a la configuración de las representaciones que le confieren forma, sustancia y cuerpo a esta identidad. Los educadores que vienen sosteniendo la Educación Domiciliaria y Hospitalaria, lo hacen desde diferentes formaciones profesionales, pero se reconocen todos en la esencia del trabajo y el compromiso que han asumido con el sujeto del aprendizaje, más allá de sus conocimientos. Esto los hace sentirse parte de un colectivo.

Sin embargo resulta necesario construir un perfil docente acorde al nuevo paradigma que establece la Ley de Educación Nacional N° 26.206, orientado a recuperar la función educativa de esta práctica docente, a despejar (y revalidar) su carácter interdisciplinario de lo que es el carácter clínico-terapéutico propio de otras prácticas profesionales. Un perfil docente que ubique en el centro de la escena al sujeto del aprendizaje atravesado por las implicancias de la enfermedad, por sobre las incidencias de los contextos en los que escolariza.

Del mismo modo, la formación que sustentará la construcción de dicho perfil profundizará un “modo de ser” adecuado al acompañamiento que requiere escolarizar a un sujeto en estas circunstancias, advertido de “...no ocultar bajo la apariencia de acompañamiento, alguna forma de ejercicio de poder sobre la vida de otra persona o el

² VALLIANT DENISE. (2009) Políticas de inserción a la docencia en América Latina: la deuda pendiente. Rev. De Currículum y Formación de Profesores. Vol. 13. N° 1 . España



Consejo Federal de Educación

afán de cubrir alguna necesidad propia insatisfecha...”. La claridad que reclama esta posición ideológica en la modalidad, se constituye en un requerimiento ético esencial para el ejercicio de la práctica docente; en otras palabras, en una ética del acompañamiento, una ética encarnada, no una ética abstracta. La acción de acompañar conjuntamente a la de escolarizar a un alumno, implica situarse al servicio de la experiencia de enfermedad que vive el otro. Es una práctica llevada a cabo con un margen de flexibilidad muy considerable y con una sensibilidad que permita detectar las necesidades anímicas del otro para brindar un acompañamiento educativo a medida.

La pertinencia de las intervenciones pedagógicas derivan de conocer y comprender los múltiples efectos de la enfermedad, la convalecencia, la eventual discapacidad consecuente con un accidente, la vivencia de dolor, las intervenciones médicas, y la prolongación de los tratamientos, en tanto constituyen ocasiones de sufrimiento psíquico. El padecimiento con el que se enfrentan los docentes en sus prácticas no es meramente somático, sino que incide en las diversas dimensiones del sujeto. Sostener la enseñanza en estas situaciones vitales implica no solo la transmisión de contenidos sino que definen una intervención educativa específica que contribuya a la elaboración de ese sufrimiento.

Sobre el proceder del docente hospitalario y domiciliario que constituye su perfil.

- Propagar y defender los derechos educativos del alumno en situación de enfermedad.
- Realizar con habilidad el diagnóstico situacional de los alumnos.
- Desarrollar la tarea en forma dinámica, flexible y creativa, manteniendo una actitud alegre y optimista.
- Tomar decisiones en forma autónoma.
- Desarrollar la sensibilidad con la situación de dolor que atraviesa el niño, trabajando en el fortalecimiento propio, a fin de trascender la tristeza de lo adverso.
- Permanecer sensibles y firmes ante las situaciones de crisis o vivencias de dolor del alumno.
- Reflexionar en forma crítica sobre su práctica pedagógica para propiciar los cambios que fueran necesarios.
- Estar informado sobre el diagnóstico y su tratamiento para optimizar la tarea pedagógica.
- Sostener la práctica educativa resolviendo los obstáculos propios del proceso salud-enfermedad
- Disminuir los niveles de angustia y de ansiedad a través de diferentes estrategias educativas, respetando los tiempos y posibilidades del niño.
- Lograr con el alumno un vínculo tolerante y contenedor.



Consejo Federal de Educación

- Propiciar el trabajo interdisciplinario flexibilizando e integrando las áreas curriculares y especiales.
- Significar la enfermedad no como obstaculizadora sino como posibilitadora de nuevos aprendizajes, entendiéndola como inherente a la vida.
- Realizar actividades dinámicas y significativas, propiciando el carácter lúdico.
- Tolerar la convivencia con lo impredecible, lo inesperado, lo cambiante, cultivando la flexibilidad en el trabajo diario.
- Hacer las adaptaciones curriculares pertinentes al caso por caso, en el marco de una planificación estratégica.

Abordar la particularidad de las trayectorias educativas de los sujetos que han enfermado implica considerar aspectos fundamentales sobre la subjetividad que aloja dicha enfermedad en su carácter de condición o circunstancia vital. Se trata de una práctica que, en circunstancias desfavorables puede generar efectos desubjetivantes. Por este motivo, resulta indispensable la promoción de instancias de reflexión sobre la propia práctica y las implicancias docentes que se vehiculizan en las mismas. A través de articulaciones con otros programas, instituciones y actores, cada jurisdicción organizará dispositivos que permitan reflexionar sobre la propia implicación, prevengan la aparición de síntomas derivados del stress y promuevan la protección de la salud mental de los docentes, profesores, tutores y equipos técnicos de la modalidad.

La formación específica de esta modalidad implica una fuerte apuesta a marcos conceptuales propios de otras disciplinas, que orienten intervenciones pedagógicas de alta complejidad de carácter interdisciplinario.

En este sentido, se avanzará en la formalización de un Postítulo en la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria, destinado a docentes, profesores, tutores y miembros de los equipos técnicos escolares que vienen implementando la modalidad; así como también a futuros aspirantes.

Junto al INFD se inició el proceso para el mejoramiento de las condiciones de la enseñanza en la modalidad, profundizando la formación y la capacitación desde los conocimientos propios de la modalidad, específicos y derivados de su interdiscursividad para abordar la tarea. Cada jurisdicción se compromete a definir los Institutos de Formación Docente en los que va a dictar este Postítulo, en función de los perfiles docentes de los que disponga para poder hacerlo.



Consejo Federal de Educación

15. ANEXO

15.1- La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Marcos Normativos. Reseña.

CONSTITUCION DE LA NACION ARGENTINA, aprobada por la Asamblea Constituyente del año 1853. Esta Constitución ha sido reformada siete veces, siendo la última la llevada a cabo en el año 1994 en la ciudad de Santa Fe. En su artículo 14 establece “Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: De trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender.”

DECLARACIÓN DE GINEBRA, adoptada por la V Asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas, el 24 de septiembre de 1924. En la misma se proclaman diferentes principios entre ellos:

Principio V: El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que requiere su caso particular.

Principio VII: El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

CARTA EUROPEA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS, Resolución del Parlamento Europeo, Doc. A 2-25/86, 13 de mayo de 1986. Enuncia entre otros los siguientes derechos referidos a la educación:

- Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad.
- Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen.



Consejo Federal de Educación

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989. Entre sus artículos establece:

Artículo 1: Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo 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.

Artículo 23: En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

Artículo 28: Los Estados partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella, y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
- c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
- d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
- e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.

LEY NACIONAL N° 23.849, de aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina el 22/10/1990. En ella El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con fuerza de ley:

Artículo 1º: Apruébese la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA) el 20 de noviembre de 1989.



Consejo Federal de Educación

En nuestro país, los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño sirvieron de inspiración para que la filial Santa Fe de la Sociedad Argentina de Pediatría editara (septiembre de 1994) como póster la propuesta de los Derechos del Niño Hospitalizado, entre ellos se mencionan:

- A ser considerado sujeto de derecho y ser humano íntegro en todos sus aspectos.
- A mantener su escolaridad y disfrutar de recreación.
- A disfrutar de los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada a la Constitución de la Nación desde 1994.

LEY NACIONAL N° 26.061 DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, sancionada en el año 2005, en su artículo 15, 28 y 29 establece:

ARTICULO 15. - DERECHO A LA EDUCACION.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.

Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia.

En el caso de carecer de documentación que acredite su identidad, se los deberá inscribir provisoriamente, debiendo los Organismos del Estado arbitrar los medios destinados a la entrega urgente de este documento.

Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente.

Las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica.

Los Organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna.

ARTICULO 28. - PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION. Las disposiciones de esta ley se aplicarán por igual a todos los niños/as y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de sexo, color, edad, idioma, religión, creencias, opinión política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, salud, apariencia física o impedimento físico, de salud, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales.



Consejo Federal de Educación

ARTICULO 29. - PRINCIPIO DE EFECTIVIDAD.

Los Organismos del Estado deberán adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales y de otra índole, para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.

LEY DE EDUCACIÓN NACIONAL Nº 26.206, sancionada en el año 2006, establece la estructura del Sistema Educativo Nacional en cuatro niveles y ocho modalidades, con la inclusión por primera vez de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como modalidad del sistema educativo.

ARTÍCULO 17.- La estructura del Sistema Educativo Nacional comprende cuatro (4) niveles –la Educación Inicial, la Educación Primaria, la Educación Secundaria y la Educación Superior-, y ocho (8) modalidades. A los efectos de la presente ley, constituyen modalidades del Sistema Educativo Nacional aquellas opciones organizativas y/o curriculares de la educación común, dentro de uno o más niveles educativos, que procuran dar respuesta a requerimientos específicos de formación y atender particularidades de carácter permanente o temporal, personales y/o contextuales, con el propósito de garantizar la igualdad en el derecho a la educación y cumplir con las exigencias legales, técnicas y pedagógicas de los diferentes niveles educativos. Son modalidades: la Educación Técnico Profesional, la Educación Artística, la Educación Especial, la Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, la Educación Rural, la Educación Intercultural Bilingüe, la Educación en Contextos de Privación de Libertad y la Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Las jurisdicciones podrán definir, con carácter excepcional, otras modalidades de la educación común, cuando requerimientos específicos de carácter permanente y contextual así lo justifiquen.

ARTÍCULO 60.- La Educación Domiciliaria y Hospitalaria es la modalidad del sistema educativo en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria por períodos de treinta (30) días corridos o más.

ARTÍCULO 61.- El objetivo de esta modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los/as alumnos/as, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, LA NIÑA O JOVEN HOSPITALIZADOY/O EN TRATAMIENTO de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la Educación. Declaración de Río de Janeiro, 9 de septiembre de 2009 en la Asamblea General de REDLACEH (Red latinoamericana y del caribe por el derecho a la Educación de Niños, niñas y Jóvenes Hospitalizados y/o en tratamiento).

Los Educadores y Pedagogos Hospitalarios, miembros de la RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE POR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES HOSPITALIZADOS Y EN TRATAMIENTO, teniendo en consideración el interés superior del niño, informados por su experiencia en Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias, el trabajo con los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en tratamiento,



Consejo Federal de Educación

acuerdan establecer como Derechos del Niño Hospitalizado, en el ámbito de la Educación, los siguientes:

1. Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento.
2. Derecho a que los países establezcan y desarrollen la normativa necesaria para hacer efectiva la atención educativa, implementando las políticas pertinentes al efecto.
3. Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atiendan sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud.
4. Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit.
5. Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares adecuados, accesibles, debidamente implementados, que respondan a las tendencias educativas vigentes.
6. Derecho a recibir educación en el lugar donde éste se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria.
7. Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su condición de salud lo justifique.
8. Derecho a que su familia sea informada de la existencia de las Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias y de su posibilidad de continuar su proceso de aprendizaje.
9. Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad del retorno a éste una vez recuperada la salud.
10. Derecho a recibir la visita de sus compañeros de curso y de establecimiento educacional de origen, para mantener su pertenencia y su vinculación con su establecimiento educacional de origen.
11. Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio sean reconocidos por los organismos públicos educacionales y posibiliten la promoción escolar.
12. Derecho a que los adultos no interpongan ningún tipo de interés o conveniencia personal, sea político, religioso, social, económico, o de cualquier naturaleza, que impidan, perturben, menoscaben u obstaculicen su legítimo acceso a la Educación durante su hospitalización o tratamiento médico ambulatorio.-



Consejo Federal de Educación

15.2- Antecedentes de la modalidad

La educación de los sujetos que atraviesan una situación de enfermedad, tiene su origen en las experiencias llevadas a cabo en distintos países del mundo, (1939-1945) dentro del contexto hospitalario y enmarcado en la Educación Especial.

En el siglo XIX, Pinet diferencia en su nosografía, los llamados “enfermos mentales” de los “deficientes mentales”, clasificándolos en dementes e idiotas, aunque para él ninguno de estos sujetos eran susceptibles de recibir educación. Luego, el psiquiatra Esquirol, en su afán de diferenciar la demencia de la amencia y de mejorar las condiciones humanas de los deficientes mentales, incorpora el abordaje “educativo” al tratamiento médico, iniciado en un primer momento en los asilos hospitalarios, para continuar posteriormente en asilos-escuelas. Son los inicios de la Pedagogía Hospitalaria, en el año 1802, al crearse el primer hospital infantil en Francia.

La Pedagogía Hospitalaria surge en Europa en el siglo XIX conformada a través de “aulas hospitalarias”. Es Dinamarca el primer país que comienza con esta actividad cuando el Coast Hospital para niños tuberculosos contrató un profesor para escolarizar a los niños allí internados. Desde ese momento, y principalmente a partir de la II Guerra Mundial (1939-1945) distintos países europeos inician en sus hospitales una actividad pedagógica complementaria de la acción médica, intentando prevenir las consecuencias psicológicas del “hospitalismo”, causadas en esa época no sólo por la enfermedad sino por la separación de sus padres y de su ambiente socio-escolar.

Se constituye esta actividad como una pedagogía que se va diferenciando hasta conformar poco a poco la Pedagogía Hospitalaria, definida como “la rama diferencial de la Pedagogía que se ocupa de la atención educativa del niño enfermo u hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece”. (Olga Lizasoain-2000).

En consecuencia y en consonancia con su nombre, la Pedagogía Hospitalaria nace en los hospitales europeos como una disciplina subsidiaria del campo de la salud, con una fuerte impronta terapéutica y recreativa, destinada a asumir y tramitar los efectos subjetivos consecuentes de las diferentes prácticas médicas en el marco de la hospitalización.

Por otra parte, esta tarea fue entendida como inherente a la Educación Especial por ocuparse de la educación de los niños con problemas de salud, concibiéndose a la enfermedad como una situación especial, anómala y estresante, que producía alteraciones cognitivas generadoras de necesidades educativas especiales.

Esta concepción se observa actualmente en diversos países de Latinoamérica y en particular en nuestro país, otorgándole a las prácticas docentes de la modalidad, marcas derivadas de la intersección con el campo de la Educación Especial y una fuerte impronta del contexto hospitalario.



Consejo Federal de Educación

15.3 - Historia de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en la Argentina

La educación domiciliaria y hospitalaria tiene un extenso recorrido histórico en nuestro país. Surge en la mayoría de las provincias dentro del ámbito hospitalario, intentando paliar los efectos generados por la epidemia de poliomielitis que afectó al país en la década del 50.

Más allá de los denominadores comunes que constituyen la modalidad en las distintas jurisdicciones, se observan características propias de cada lugar y región, otorgadas por su distribución poblacional, su historia, su geografía, su sistema sanitario, su contexto epidemiológico, cultural, político y económico.

El 1º de abril de 1922, en la ciudad de Buenos Aires, por iniciativa del Dr. Ricardo Gutiérrez se nombra la primera maestra en el Hospital de Niños, integrante de la Sociedad de Beneficencia Porteña. Ese mismo año se incorporan dos maestras más.

El 15 de septiembre de 1939, fue creada la primer escuela hospitalaria del país “Dr. Silvestre Peña y Lillo” en el Hospital Emilio Civit de la ciudad de Mendoza.

A partir de ese momento, la educación domiciliaria y hospitalaria comienza a surgir en las diferentes jurisdicciones. Es así que en la ciudad de Buenos Aires, en el año 1946, el Consejo Nacional de Educación autoriza el funcionamiento de una escuela de enseñanza primaria, sumándose un año más tarde la provincia de Buenos Aires (distrito Morón) y así, sucesivamente, San Juan (1947), Santiago del Estero (1950), Tucumán (1954), Misiones (1954), Salta (1957), Chubut (1959), Córdoba (1960), Jujuy (1960), Formosa (1970), Chaco (1970), Santa Fe (Rosario - 1972), Neuquén (1978), Santa Cruz (1984), Catamarca (1994), La Pampa (1998), Corrientes (2004), La Rioja (2011).

De esta manera y a partir del reconocimiento de su entidad expresada en la Ley de Educación Nacional, continúa construyéndose la historia de esta práctica educativa, a instancias de este presente que efectiviza la inclusión mediante la generación de nuevas estrategias dirigidas a transportar la escuela hasta quienes por razones de salud no pueden concurrir a la misma, en cumplimiento del derecho a la educación.