

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL



Presidencia
de la Nación

Ministerio de
Educación

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

JEFE DE GABINETE DE MINISTROS

Cdor. Jorge Capitanich

MINISTRO DE EDUCACIÓN

Prof. Alberto E. Sileoni

SECRETARIO DE EDUCACIÓN

Lic. Jaime Perczyk

JEFE DE GABINETE

A.S. Pablo Urquiza

SUBSECRETARIO DE EQUIDAD Y CALIDAD EDUCATIVA

Lic. Gabriel Brener

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL



**Presidencia
de la Nación**

**Ministerio de
Educación**

MODALIDAD EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Coordinadora: Patricia Barbuscia

COORDINACIÓN DE MATERIALES EDUCATIVOS

Coordinador: Gustavo Bombini

Responsable de Publicaciones: Gonzalo Blanco

Corrección: Gabriela Nieri

Diseño: Paula Salvatierra

Argentina. Ministerio de Educación de la Nación
Resolución CFE Nro. 202/13. La Educación Domiciliaria y Hospitalaria
en el Sistema Educativo Nacional. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos
Aires : Ministerio de Educación de la Nación, 2014.
64 p. ; 22x18 cm.

ISBN 978-950-00-1051-1

1. Política Educacional.
CDD 379

Fecha de catalogación: 23/10/2014

PALABRAS DEL MINISTRO

El Ministerio de Educación de la Nación entiende a la política educativa como un instrumento fundamental en la construcción de un país más justo e igualitario, y al Estado como el garante de derechos para todos y todas. Pensar la justicia, la inclusión y la calidad en educación implica considerar a todos aquellos sujetos que por distintos motivos corren riesgo de ser marginados. Uno de esos motivos es la enfermedad y, en ese sentido, la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria constituye una estrategia tendiente a garantizar la continuidad de las trayectorias escolares de aquellos alumnos que, por haber enfermado, se encuentren imposibilitados de concurrir a la escuela.

La definición de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como modalidad del Sistema Educativo, a partir de la Ley de Educación Nacional, implica brindar a alumnos y alumnas una clara pertenencia a los niveles del sistema, superando de esta forma definiciones anteriores que aludían a subsistemas segmentados.

El documento que aquí se presenta señala nuevas regulaciones en torno a las propuestas formativas, la (re)organización institucional y las estrategias pedagógicas para el sostenimiento de la trayectoria escolar de los alumnos y las alumnas en situación de enfermedad. Para garantizar el acceso, la permanencia y el egreso universal del sistema educativo es necesario ofrecer diferentes opciones organizativas y formatos institucionales 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 inclusión educativa con calidad implica un desafío para el sistema educativo en su conjunto y para la sociedad toda. La implementación de esta modalidad requiere la construcción de acuerdos interinstitucionales e intersectoriales, en pos de fortalecer las prácticas educacionales llevadas a cabo en el interior de los diferentes efectores de salud y en cada domicilio donde espera un alumno en reposo.

El avance de esta modalidad, al que este documento sin duda contribuirá, constituye una apuesta a profundizar el rol del Estado como garante del ejercicio del derecho inalienable de toda persona a la educación.

Prof. Alberto E. Sileoni

Ministro de Educación de la Nación



PRESENTACIÓN

A partir de la Ley de Educación Nacional del año 2006, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es reconocida institucionalmente como una de las ocho modalidades que conforman el sistema educativo nacional, junto a los tres niveles obligatorios (Inicial, Primaria y Secundaria) y el nivel de Educación Superior.

En el año 2009 se creó la Coordinación Nacional de la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria y fue entonces cuando se comenzaron a trazar los primeros lineamientos, buscando dar un marco teórico-político y pedagógico a nivel nacional a unas prácticas que en nuestro país venían desarrollándose en los márgenes del sistema, durante casi un siglo.

El documento que aquí se presenta es fruto de un proceso de discusión y consenso federal. Fue elaborado conjuntamente por representantes de gobiernos educativos provinciales, responsables de la modalidad y de los niveles, y finalmente aprobado por Resolución 202/13 por el Consejo Federal de Educación.

La profesora Selva Caffaratti, primera Coordinadora Nacional, fue la encargada de dar esos primeros y fundamentales pasos en la construcción de acuerdos para fortalecer y dar identidad a esta modalidad.

Luego de la aprobación del documento se abre para la modalidad una nueva etapa, en la que el mayor desafío consiste en cobrar un lugar protagónico en el seguimiento de las trayectorias educativas de todos aquellos alumnos, de cualquiera de los niveles educativos obligatorios, a los que, en cualquier rincón del país, la enfermedad los obligue a mantenerse alejados transitoriamente de sus escuelas.

Prof. Patricia Barbuscia

**Coordinadora de la Modalidad
Educación Domiciliaria y Hospitalaria**

ÍNDICE

Resolución CFE N° 202/13 7

La Educación Domiciliaria y Hospitalaria
en el sistema educativo nacional 11

Educación Domiciliaria y Hospitalaria 13

CAPÍTULO I. 17
Marco normativo

CAPÍTULO II. 27
Lineamientos generales de la Modalidad

CAPÍTULO III. 39
Alternativas para la organización de la Educación Domiciliaria
y Hospitalaria

CAPITULO IV. 53
La Modalidad en los Niveles de la Educación Obligatoria



Resolución CFE N° 202/13

Buenos Aires, 21 de agosto de 2013

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 garantizar el derecho a la educación de las personas que por razones de salud se ven imposibilitadas de asistir con regularidad a una institución educativa.

Que el objetivo de la Modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades, permitiendo la continuidad de los estudios y la reinserción a su escuela de origen, 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° 188/12, este cuerpo aprobó el Plan Nacional de Educación Obligatoria y Formación Docente.

Que el Documento “La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional” fue aprobado para la discusión, en la XXXVI Asamblea del CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN, por Resolución CFE N°164/11.

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.

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 la presente medida se adopta con el voto afirmativo de todos los integrantes de este Consejo Federal a excepción de las provincias de Corrientes y Neuquén por ausencia de sus representantes.

Por ello,

LA 52ª ASAMBLEA DEL CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Aprobar el Documento “La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional” que como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2º. Establecer que las autoridades educativas nacionales y jurisdiccionales, en acuerdo federal, implementarán en forma gradual y progresiva medidas conducentes para la ampliación de la cobertura de la modalidad, en los niveles obligatorios.

ARTÍCULO 3º. Regístrese, comuníquese a los integrantes del CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN y cumplido, archívese.

Firman:

Prof. Alberto Sileoni – Ministro de Educación

Dr. Daniel Belinche – Secretario General del CFE



LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL

EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Presentación

- 1.** 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. Durante su elaboración se recibieron aportes de los referentes jurisdiccionales, profesionales del Ministerio de Salud de la Nación, directores de Niveles y Responsables de modalidades de este Ministerio Nacional.
- 2.** Este proceso se inició en el año 2010, obteniéndose su aprobación para la discusión, según Resolución CFE N° 164/11 en el mes de octubre de 2011.
- 3.** 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.
- 4.** 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. La complejidad de la situación por la que atraviesa y la singularidad de sus necesidades demanda un abordaje particular que implica un desafío al sistema educativo en su conjunto.
- 5.** 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 superar de este modo los altos niveles de ausentismo, repitencia y deserción escolar derivados de la situación de enfermedad que atraviesan los alumnos.
- 6.** En términos generales, este documento busca aportar lineamientos al proceso de construcción y cambio en cada jurisdicción. También pretende favorecer el conocimiento de normas, políticas, sujetos y concepciones sobre las intervenciones educativas y los criterios para la tarea de decisiones, desde una modalidad que debe trabajar articuladamente dentro del sistema educativo, y con otras políticas públicas, especialmente con las de Salud.

Historia de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en la Argentina

7. 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 cincuenta.

8. 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.

9. El 1º de abril de 1922, en la Ciudad Autónoma 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.

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

11. A partir de ese momento, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria comienza a surgir en las diferentes jurisdicciones. Es así que en la Ciudad Autónoma 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), Entre Ríos (1962), Formosa (1970), Chaco (1970), Santa Fe (Rosario -1972), Neuquén (1978), Santa Cruz (1984), Catamarca (1994), La Pampa (1998), Corrientes (2004), Tierra del Fuego (2011) y La Rioja (2011).

12. 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.

13. Bajo la denominación de Pedagogía Hospitalaria, estas experiencias nacen 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.

14. 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.

15. Algunos rasgos de esta concepción aún se observan en las prácticas docentes de esta Modalidad. Son evidentes las marcas derivadas de la intersección con el campo de la Educación Social y la fuerte impronta del contexto hospitalario.

Un cambio de paradigma: hacia la Educación Domiciliaria y Hospitalaria Argentina

16. 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 socioafectivas con las que estos contaban para afrontarlas.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. Es así que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es formalmente definida como una Modalidad del Sistema Educativo Nacional, una opción organizati-

va 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.



CAPÍTULO I.

Marco Normativo



1.1. Los marcos normativos

21. Los marcos normativos y las políticas públicas tienen como finalidad promover, desarrollar y acompañar los cambios. En busca de una real inclusión educativa es necesario generar e instituir marcos legales y políticas públicas que favorezcan la reflexión sobre las prácticas desarrolladas desde paradigmas contradictorios. A su vez, se hace necesario que las jurisdicciones generen normativas y propongan políticas públicas articuladas y en consonancia con el nuevo paradigma de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria Argentina.

1.2. Antecedentes normativos

22. La identidad de la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria deriva y se encuadra en los siguientes marcos normativos:

- La Constitución de la Nación Argentina (1994), 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.
- La Declaración de Ginebra (1924) proclama:
 - » **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.
- La Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados (1986) enuncia:

» 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.

- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) aprobada por la República Argentina según Ley Nacional N° 23.849 establece:

» **Artículo 23.** En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste [...] 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.

- La Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005) establece:

» **Artículo 15.** Derecho a la Educación. 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 [...] Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente [...].

» **Artículo 28.** Principio de Igualdad y no Discriminación. 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.

- La Ley de Educación Nacional N° 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.

- La Declaración de los Derechos del Niño, la Niña o Joven Hospitalizado y/o en Tratamiento (2009):

» Los Educadores y Pedagogos Hospitalarios, miembros de la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados y/o en Tratamiento [...] acuerdan establecer como Derechos del Niño Hospitalizado, en el ámbito de la Educación, los siguientes:

- 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.
- Derecho a que los países establezcan y desarrollen la normativa necesaria para hacer efectiva la atención educativa, implementando las políticas pertinentes al efecto.
- 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.
- 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.
- 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.
- Derecho a recibir educación en el lugar donde este se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria.

- Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su condición de salud lo justifique.
- 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.
- Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad del retorno a este una vez recuperada la salud.
- 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.
- 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.
- 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.

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

23. La Ley de Educación Nacional N° 26.206, 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.

24. 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.

25. 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).

26. 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, resguardando sus trayectorias escolares.

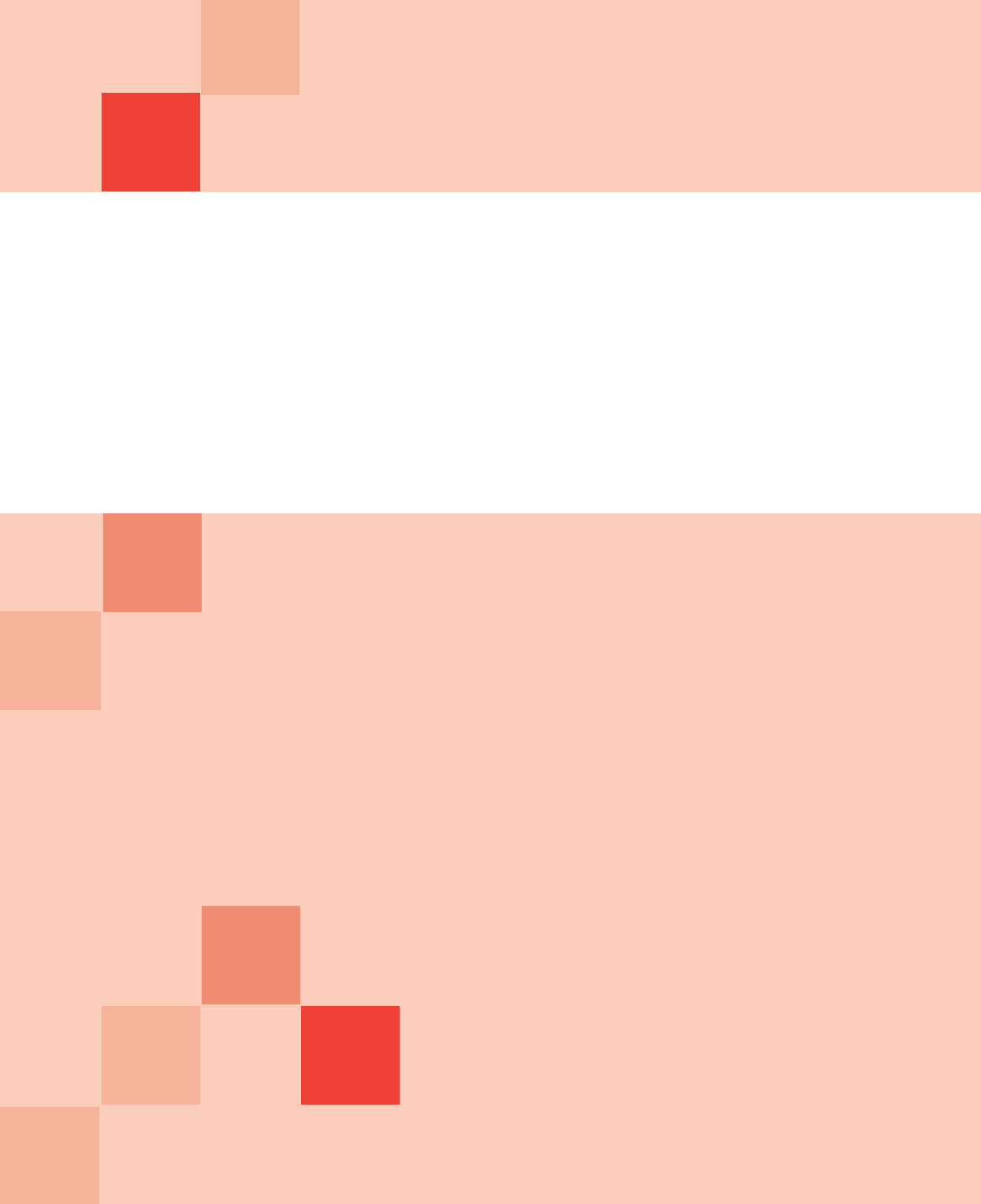
1.4. La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional. La inclusión como principio rector y de justicia social

27. 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.

28. 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 N° 26.206 de Educación Nacional Título V. Art.80).

La inclusión es principio rector de la política educativa nacional, por lo que 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 de ser marginada. Ningún sujeto que se enferma debe quedar excluido.





CAPÍTULO II.

Lineamientos generales de la Modalidad



2.1. Introducción

29. 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.

30. 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.

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

32. El logro de la igualdad educativa para los alumnos en situación de enfermedad exige el desarrollo e implementación de una oferta educativa flexible y adaptada, que le permita acceder a una educación de calidad con el fin de lograr la continuidad en el Sistema Educativo.

33. 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.

34. El reconocimiento de la población que se encuentra impedida de acceder o permanecer en las escuelas del sistema educativo debido a situaciones de enfermedad, que se complejizan muchas veces debido a la vulnerabilidad social, 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.

35. 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 reconocer, como un “volver a conocer” (creando) la especificidad de su realidad educativa, refundando su esencia, sus sentidos e intencionalidad política.

2.2. Caracteres identitarios

36. La Ley de Educación Nacional expresa en el artículo 60 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 por períodos de treinta (30) días corridos o más”. 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.

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

38. 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 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 “distrar” 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.

39. La Modalidad se organiza de forma transversal a los niveles de la escolaridad obligatoria y a las demás Modalidades, a fin de mantener las trayectorias escolares, en sus múltiples formas de atravesar la experiencia educativa. Las jurisdicciones podrán organizar ofertas educativas de la Modalidad para niveles no incluidos en los obligatorios, siempre y cuando la oferta para los niveles obligatorios sea suficiente para dar respuesta a la demanda de alumnos en situación de enfermedad.

40. 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.

41. Centra su especificidad en el 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.

42. Si bien la Ley de Educación Nacional plantea como requisito para el ingreso a la modalidad un mínimo de 30 días corridos, tal período podrá adecuarse según los mecanismos administrativos y pautas organizativas de cada jurisdicción. Las provincias se comprometen a adecuar estos mecanismos a fin de reducir al mínimo los tiempos de espera. De esta manera, se tendrán en cuenta las necesidades del alumno, permitiéndole la continuidad de sus estudios.

43. La especificidad de la Educación Domiciliaria y 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. Este nuevo posicionamiento del sujeto da cuenta de la necesidad de complementar miradas ante situaciones complejas.

44. 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, en las mejores condiciones pedagógicas posibles, a su escuela de referencia. Al respetar sus trayectorias escolares se evita toda posibilidad de fracaso escolar y futuras deserciones.

2.3. Finalidad y objetivos

45. 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.

46. Objetivo: 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).

47. Objetivos específicos:

- a) Garantizar el inicio o continuidad de la escolarización en los Niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria y Modalidades respectivas de los sujetos en situación de enfermedad;
- b) mantener la continuidad de los aprendizajes escolares para asegurar las trayectorias escolares;
- c) mantener y propiciar el vínculo con la escuela de referencia del alumno, en pos de su reinserción;
- d) reducir el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar provocados por la enfermedad;
- e) reducir los efectos negativos derivados del aislamiento que produce la enfermedad;
- f) favorecer los procesos de relación y socialización de los alumnos, necesarios para su desarrollo;
- g) proyectar al alumno hacia el futuro y la vida;
- h) 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.

2.4. Acerca del proceso salud-enfermedad

48. 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”.

49. 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 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.

50. 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.

51. Los criterios de actualización de la salud referidos no sólo 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 este nuevamente al hospital o escuela, en forma periódica, alternada o recurrente.

52. 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 este nuevamente al hospital en forma periódica, alternada o recurrente.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. Cuando se trata de salud mental infantil no es posible establecer diagnósticos psiquiátricos taxativos de los cuales se deduzca la necesidad de días de

internación y/o convalecencia. Los diagnósticos son presuntivos, dependen de las manifestaciones del sujeto y su evolución no guarda las características de un cuadro clínico médico.

58. Es importante tener en cuenta que en los días consecutivos a una situación de crisis, haya sido el sujeto internado o no, este no se encuentra en condiciones de recibir educación.

59. Los diagnósticos de trastornos de conducta y trastornos de ansiedad no afectan la movilidad ni son transmisibles, por lo cual no justifican la separación del alumno de su ámbito escolar.

60. Las instituciones de la Modalidad colaborarán en la orientación de estos sujetos hacia los recursos específicos con los que cuente la jurisdicción. Se hace necesario un trabajo articulado con los agentes de salud mental.

2.5. El sujeto de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria

61. Todo sujeto en situación de enfermedad que no haya completado los niveles de educación obligatoria, en cualquiera de sus modalidades (se encuentre o no escolarizado), constituye el potencial destinatario de esta Modalidad.

62. 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 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).

63. 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.

64. 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.

65. La situación de los sujetos que atraviesan una enfermedad o convalecencia exigen desafíos específicos en la tarea docente. Requiere de acciones de reflexión y conceptualización, sobre la propia práctica, que integren los aspectos que la componen.

66. 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.

67. La presencia de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en un contexto de reposo u hospitalización trabaja reintroduciendo a un alumno en una cotidianidad 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.

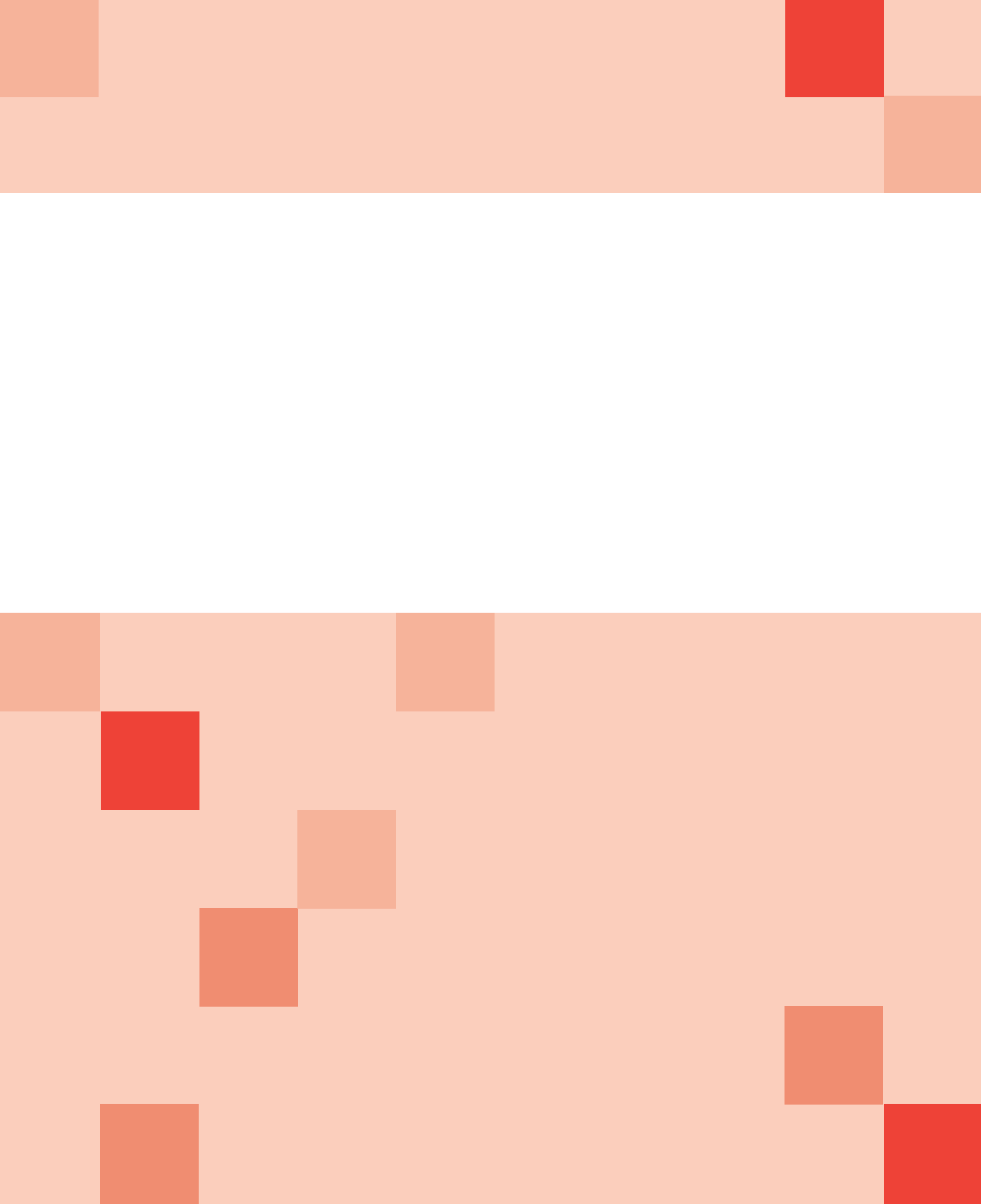
68. La educación lo convoca desde su posibilidad de provocar en el niño/a, adolescente o adulto ese giro desde el paciente-objeto de intervenciones médicas, hacia el alumno-sujeto del aprendizaje.

69. 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:

- a) Posibilita la elaboración del carácter traumático propio de la irrupción de la enfermedad o lo derivado de las prácticas médicas.
- b) Alienta la expresión de sentimientos, temores, ansiedades, expectativas.

- c) Logra que el alumno sienta que recupera parte de su mundo, de su vida cotidiana, y en ello, recupera parte de sí mismo.
- d) 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.
- e) Se activan los procesos de relación y socialización, preservando su lazo social.

70. 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



3.1. Lineamientos de la política educativa para la Modalidad. Funciones y responsabilidades

71. 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).

72. 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. Trabajará de modo intersectorial con los ministerios provinciales de salud y otras áreas vinculadas a la situación de enfermedad del alumno.

3.2. Organización y sustentabilidad de la Modalidad en el tiempo

73. 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.

74. 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 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, la representación de la jurisdicción en distintas actividades (internacionales, nacionales, regionales o bilaterales), 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.

75. 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 mo-

alidad 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.

3.3. Sobre la articulación

76. 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.

- 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, profesionales, 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.

- **77.** 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.

3.4. Instituciones de la Modalidad

78. 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.

79. Si bien la especificidad de la modalidad es la situación de enfermedad en la que se encuentra el alumno, esta 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 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.

80. 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.

3.4.1. Escuelas

81. Se designan como Escuelas, los establecimientos educativos que cuenten con una estructura orgánico-funcional que responda a las pautas reglamentadas por el Poder Ejecutivo Provincial para cada uno de los Niveles y Modalidades. Su especificidad institucional refiere a los fines y objetivos propios de la Modalidad.

82. 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.

3.4.2. Servicios Educativos

83. 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.

84. Cada jurisdicción podrá definir la dependencia pedagógica y administrativa de estos servicios. Se propone que puedan depender de una escuela propia de la Modalidad, de una escuela de los niveles o de una escuela de otra modalidad si el perfil de los alumnos lo requiriese, siempre en articulación con el organismo específico de la Modalidad en el nivel central del Ministerio de Educación Provincial.

85. Los Servicios Educativos pueden ser:

- **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.

86. 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 2013, tendrán el carácter de domiciliarias y hospitalarias simultáneamente, centrándose en el sujeto del aprendizaje y en el seguimiento de su trayectoria escolar.

3.5. Criterios para la organización de la Modalidad

87. 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.

88. 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.

3.5.1. Criterios para el ingreso a la Modalidad

- 89.** 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.
- 90.** Sin embargo, la mera existencia de una certificación médica frente a diagnósticos del campo de la salud mental, no resulta suficiente para la incorporación de alumnos a la Modalidad. Frente a estas situaciones resulta pertinente la elaboración de estrategias conjuntas entre los profesionales tratantes y el equipo interdisciplinario del ámbito educativo.
- 91.** Resulta 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 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.
- 92.** 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 readecuan 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.

3.5.2. Identificación y orientación hacia la Modalidad

- 93.** 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. Estas fallas comunicativas pueden presentarse entre las áreas de salud y de educación, entre las distintas jurisdicciones, entre las instituciones del Sistema Educativo y entre instituciones de la propia Modalidad.

94. 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.

95. 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.

96. 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 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.

97. 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 establezca, 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 2013 para la definición de esos canales institucionales de comunicación.

98. 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.

3.5.3. Comunicación con la escuela de referencia

99. 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. Esta comunicación fluida entre ambas instituciones educativas busca asegurar la continuidad de los aprendizajes y el vínculo con sus docentes y su grupo de pares, facilitando el retorno a la escuela de origen, cuando su situación de salud se lo permita.

100. 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.

3.5.4. Evaluación de la situación del alumno

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

102. Por otra parte, solicitarán a la escuela de referencia información respecto al desempeño académico del alumno durante el año (y los anteriores), acerca de los contenidos ya trabajados en el ciclo lectivo, los temas que su grupo/clase trabajará en el próximo tiempo, el modo en que serán abordados y la manera en que serán evaluados.

103. En términos pedagógicos, partiendo de la información brindada por la escuela de referencia, los docentes realizarán una evaluación de la situación pedagógica actual, que contemplará las limitaciones y posibilidades que la situación de enfermedad traiga aparejadas. Esta evaluación será el nuevo punto de partida para la elaboración del plan de trabajo para ese sujeto en situación de enfermedad.

104. Por otra parte, la evaluación debe incluir no sólo al sujeto aisladamente, sino que es importante también identificar quiénes son los otros actores que se encuentran presentes (o ausentes) en la cotidianeidad del sujeto mientras transita su convalecencia.

3.5.5. Orientaciones para la organización de la tarea educativa

105. Las jurisdicciones establecerán la carga horaria para la Modalidad en los distintos niveles. Siempre que sea posible, en función de lo mencionado en el punto anterior, se deberá garantizar como mínimo un 30% de la carga horaria semanal para los Niveles Inicial y Primario y un 50% de la carga horaria semanal en el Nivel Secundario, en sus distintas Modalidades.

106. En relación a la selección de contenidos a abordar, es sumamente importante que el docente identifique y organice los contenidos prioritarios de esa sala/grado/año. Esta selección deberá tener en cuenta el momento del ciclo lectivo en el que se encuentra, dentro de los Documentos Curriculares de la jurisdicción.

107. El Consejo Federal de Educación, acordó un conjunto de contenidos mínimos o Núcleos de Aprendizajes Prioritarios (NAP) que pueden ser orientadores en la selección de estos contenidos.

108. Estos Documentos son fundamentales especialmente cuando el alumno proviene de otra jurisdicción, siendo estos contenidos comunes para todo el país.

3.5.6. Sobre la asistencia, calificación, promoción y acreditación

109. 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.

110. 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.

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

112. 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.

113. Las jurisdicciones deberán adecuar sus normativas referidas a regímenes de evaluación, promoción y acreditación. Para ello, deberán tener en cuenta la Resolución CFE N° 174/12 “Pautas federales para el mejoramiento de la enseñanza y el aprendizaje y las trayectorias escolares en el Nivel Inicial, Primario y Modalidades, y su regulación”.

3.5.7. Criterios para la reinserción en una escuela de referencia

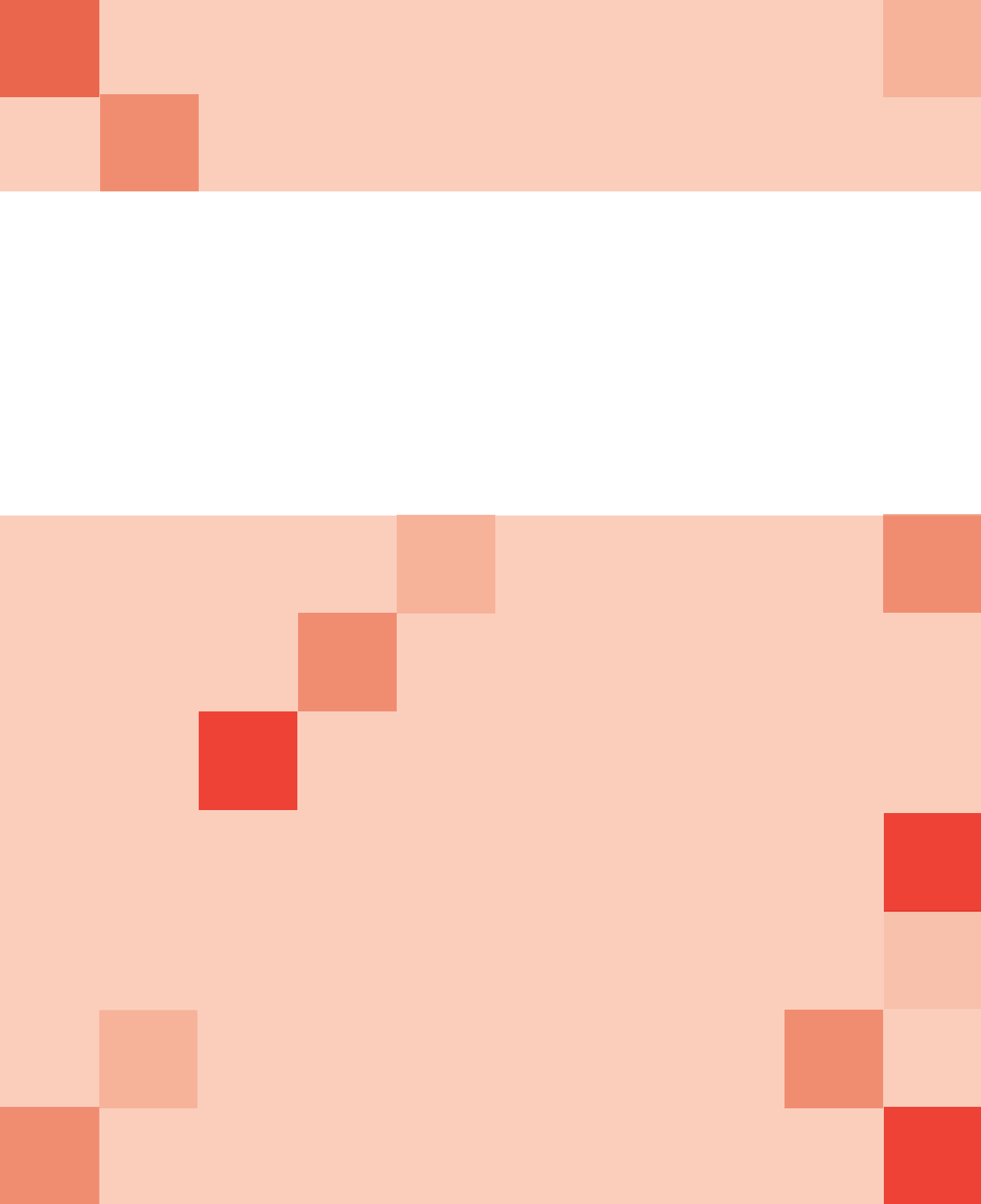
114. El proceso de inserción o reinserción en la escuela de referencia deberá ser planificado en conjunto con dicha institución, de modo de dar continuidad a la propuesta pedagógica. Por este motivo, se buscará mantener o iniciar el contacto mientras la situación de enfermedad mantenga al alumno alejado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

115. 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.

3.5.8. Recursos disponibles para población rural dispersa y situaciones de aislamiento

116. Los recursos multimediales disponibles generados en el Ministerio de Educación de la Nación por Canal Encuentro, Paka Paka, Educ.ar, Primaria Digital, entre otros, permiten a los equipos jurisdiccionales configurar propuestas de enseñanza que efectivamente lleguen a los alumnos en situación de aislamiento geográfico e imposibilidad de desplazarse por situación de convalecencia o enfermedad.

117. El docente tiene la posibilidad de generar presencia a través de los recursos disponibles, haciendo llegar su propuesta en forma digital. Con o sin conectividad en los domicilios de los alumnos es posible el desarrollo digital y la organización de propuestas adecuadas. El docente con el material disponible lo puede hacer posible.



CAPÍTULO IV.

La Modalidad en los Niveles de la Educación Obligatoria

4.1. Nivel Inicial

118. El Ministerio de Educación de la Nación prevé en forma conjunta con las provincias la obligatoriedad de la Educación Inicial a través de la cobertura de la sala de 5 años. Por lo tanto, las aulas hospitalarias deberán contar con recursos materiales propios para la Educación Inicial y docentes formados específicamente para el desarrollo de esa tarea.

119. Al referirse al Nivel Inicial, las características de la Modalidad se ven modificadas ya que resulta imprescindible que adopte aquellas cualidades o requerimientos propios del Nivel.

120. Al referirnos a los requisitos de ingreso a la Modalidad, estos se ven interpelados por las particularidades que presenta el Nivel Inicial en cuanto a la asistencia y su regularidad.¹

4.1.1. Propuestas pedagógicas para la Modalidad en el Nivel Inicial

121. El juego es uno de los pilares fundamentales de la Educación en el Nivel Inicial. Cuando el alumno se encuentra en situación de enfermedad, el juego adquiere nuevas cualidades por su potencial como actividad resubjetivante, acompañando al niño en la tramitación del trauma que la enfermedad o sus consecuencias pueda conllevar. A su vez, a través del juego, el docente invitará al niño a un nuevo espacio y realidad propiciando nuevos aprendizajes y continuando así con sus trayectorias escolares.

122. El goce estético y la imaginación infantil adquieren relevancia y particularidad en los contextos domiciliarios y hospitalarios, donde el niño en situación de enfermedad se halla imposibilitado de concurrir a su jardín. Así, el docente domiciliario y hospitalario será el encargado de acercarle las múltiples formas de expresión artística que serán abordadas desde una perspectiva pedagógica.

¹ La Resolución CFE N° 174/12 en su párrafo 16 plantea que “las jurisdicciones y el Ministerio de Educación Nacional diseñarán las políticas de articulación necesarias para facilitar el pasaje entre el nivel inicial y el nivel primario. El mismo supone a nivel de gobierno la necesidad de que las direcciones de los niveles y modalidades respectivas generen condiciones curriculares y pedagógicas que hagan visible las continuidades necesarias para garantizar el pasaje de todos los niños y niñas. Los aprendizajes no serán interpretados como indicadores de acreditación ni de promoción de los niños y niñas en el nivel inicial al nivel siguiente. Serán considerados como indicios a ser tenidos en cuenta por los docentes que reciban a los niños/as para garantizar la trayectoria escolar.”

4.2. Nivel Primario

123. Las experiencias más antiguas de la Modalidad en el país corresponden al Nivel Primario. En la actualidad, la mayor parte de la oferta educativa de la Modalidad para el Nivel Primario se centra en las capitales provinciales, en escuelas ubicadas en los hospitales de niños o en cercanía. Sin embargo, para el logro de la plena cobertura es imprescindible que la Modalidad cuente con los recursos necesarios para asegurar la continuidad (o ingreso) de los alumnos del nivel que transiten situaciones de enfermedad. Para ello, es necesaria la ampliación de la cantidad de instituciones o servicios que atiendan a estos alumnos en todo el territorio nacional.

124. A su vez, debe asegurarse la implementación de políticas educativas para el sostén de la escolaridad, contribuyendo al resguardo de las trayectorias escolares, fortaleciendo la calidad de los aprendizajes y promoviendo la disminución de la deserción, fracaso escolar y repitencia.

125. Paralelamente, la Modalidad tendrá en los efectores de salud la posibilidad de detección de sujetos que, por su edad, deberían estar transitando su Educación Primaria y que por diversos motivos (entre ellos la situación de enfermedad) no están escolarizados. En pos de garantizar el derecho a la educación para estos niños, las instituciones de la Modalidad serán agentes de promoción de la reinserción escolar. En esas circunstancias, iniciarán la tarea educativa y revincularán con una escuela de referencia para dar continuidad cuando el sujeto sea dado de alta y se halle en condiciones de reincorporarse a la escuela.

4.2.1. Propuestas pedagógicas para la Modalidad en el Nivel Primario

126. Las propuestas pedagógicas deberán girar en torno a los contenidos propios del nivel. Las intervenciones desde esta modalidad se orientarán a dar continuidad a los aprendizajes, de modo que cuando el alumno pueda reintegrarse a su escuela se encuentre en condiciones pedagógicas similares a las de sus compañeros de clase. Los recursos lúdicos, artísticos y recreativos constituyen herramientas útiles a las que los docentes pueden apelar, siempre que su empleo no se convierta en única propuesta, y esto vaya en desmedro de los contenidos curriculares.

127. Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) forman parte de la Educación Primaria y en la Modalidad debe contemplarse la utilización y aprovechamiento integral de los recursos digitales que garanticen la inclusión plena de los alumnos.

4.3. Nivel Secundario

128. 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.

129. 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 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, párrafo 51). 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 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.

130. Consecuentemente con este marco, los acuerdos del Consejo Federal de Educación sobre Educación Secundaria, aprobados en 2009 y 2010, promueven diversas propuestas educativas para el Nivel, incluyendo variados formatos institucionales, modalidades de cursado y criterios de evaluación, promoción y acreditación:

- Resolución CFE N° 84/09 “Lineamientos Políticos y Estratégicos de la Educación Secundaria Obligatoria”
- Resolución CFE N° 88/09 “Institucionalidad y Fortalecimiento de la Educación Secundaria Obligatoria – Planes Jurisdiccionales y Planes de Mejora Institucional”

- Resolución CFE N° 93/09 “Orientaciones para la organización pedagógica e institucional de la Educación Secundaria Obligatoria”
- Resolución CFE N° 102/10 “Pautas Federales para la movilidad estudiantil en la Educación Obligatoria”
- Resolución CFE N° 103/10 “Propuestas para la Inclusión y/o Regularización de las Trayectorias Escolares en la Educación Secundaria”.

131. 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.

4.3.1. Propuestas para la organización del Nivel Secundario

132. 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 enfermos de cualquiera de ellas.

133. 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 en situación de enfermedad, asegurando su continuidad a través de políticas que garanticen el ingreso, la permanencia, la promoción y el egreso de cada alumno en el sistema.

134. Para la implementación de la Modalidad en el Nivel Secundario se proponen dos modelos organizativos que las jurisdicciones podrán adoptar, adecuándolas a sus realidades locales: A) A través de la figura de un tutor, y B) a través de equipos de profesores de asignaturas de mayor carga horaria.

A) A través de la figura de un tutor

135. 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 la propuesta curricular. 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 TIC.

136. En apoyo de las tareas de los tutores, las jurisdicciones podrán conformar equipos de profesores de las distintas asignaturas, con carácter central. Estos equipos serán responsables 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.

137. 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.

138. 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 TIC.
 - 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 diseñar acciones conjuntas que favorezcan el contacto del alumno con sus compañeros, tendientes a que este 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.
- 139. Las funciones principales del equipo central serán las siguientes, pudiendo cada jurisdicción implementar otras que consideren necesarias:

- 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 estos realizan virtualmente.
- Intervenir en forma directa junto con el tutor cuando este lo considere necesario.

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

140. Se podrán conformar 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 continuidad a su escolaridad. Las TIC constituyen un recurso que permiten la apropiación de los contenidos de estudio, aunque no reemplazan la presencialidad.

141. 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.

142. 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.

143. 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 en esta dirección.

144. 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.

145. 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.

4.3.2. Propuestas pedagógicas para la Modalidad en el Nivel Secundario

146. 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.

147. 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.

148. Las TIC constituyen un recurso y medio para incrementar la calidad de la educación de los alumnos de la modalidad, que potencian el aprendizaje, el conocimiento, el análisis de la información, y permiten mantener 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. Su uso se promoverá y alentará, sin embargo, no reemplazará en ningún caso la función docente.

149. La articulación institucional con una escuela secundaria es imprescindible para la inclusión pedagógica de los adolescentes, jóvenes y/o adultos. La escue-

la de referencia acreditará formalmente los aprendizajes, reconociendo como válidas las evaluaciones realizadas por los tutores y equipo central de profesores de la Modalidad.

4.4. Formación Docente

150. 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.

151. 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.

152. 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.

153. 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.

154. La pertinencia de las intervenciones pedagógicas derivan de conocer y comprender los múltiples efectos de la enfermedad, la convalecencia, la eventual discapacidad consecuyente con un accidente, la vivencia de dolor, las inter-

venciones 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 sólo la transmisión de contenidos sino que definen una intervención educativa específica que contribuya a la elaboración de ese sufrimiento.

155. 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.

156. 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.

157. 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.

158. El mejoramiento de las capacidades de los docentes para abordar la complejidad de situaciones que plantea la Modalidad debe incluir para el desempeño en todos los Niveles el manejo de las nuevas Tecnologías de la Comunicación y la Información (TIC), hoy constituidas en política de Estado a partir del programa Conectar Igualdad en la Educación Secundaria y las acciones de inclusión digital del Nivel Primario.

159. Es sabido que 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, en paralelo a la formación teórica y conceptual, 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 estrés y promuevan la protección de la salud mental de los docentes, profesores, tutores y equipos técnicos de la Modalidad.

160. Por otra parte, se proyectan instancias de formación en temáticas referidas a la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria, destinadas a docentes que se desempeñan en Institutos de Formación Docente. Se busca de esta manera una incorporación gradual de los contenidos, de manera transversal, en la formación docente inicial, que permitirá además dar mayor visibilidad a la Modalidad en el seno del Sistema Educativo Nacional.

**ARGENTINA
NOS INCLUYE**

Ejemplar de distribución gratuita. Prohibida su venta.