

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
(P E T A E N G)



TRABAJO DIRIGIDO

(Para optar al Título Académico de Licenciatura en Derecho)

**“INCLUSIÓN DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA EN LA
NORMATIVA BOLIVIANA SOBRE LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES QUEMADOS DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS
DEL SISTEMA REGULAR”**

POSTULANTE : MARGA TATIANA AVENDAÑO BARRIOS

TUTOR : DR. LUIS FERNANDO ZEGARRA

La Paz - Bolivia

2021

Dedicatoria

Para mi papito que me bendice desde el cielo: Enrique Avendaño, yo te lo prometí, mi amor eterno.

A mí amada mamá Miriam Barrios y mi adorado esposo José Luis Cors, que son mi vida entera, la luz de mis días y mi apoyo incondicional.

A mi hermana Carito y mis “wawitas”: Kahel, Samanta y Mirena, los amo.

Agradecimientos

Al Gran Espíritu fuerza y motor en cada decisión y paso que doy.

A mi madre amada por todo, desde el primer día de clases en la universidad hasta hoy siempre apoyándome y creyendo en mí.

A mi esposo por ser mi pilar, paz, fortaleza y amor para enfrentar todo.

A mi tutor Dr. Luis Fernando Zegarra, sus conocimientos, profesionalidad y amistad estarán presentes siempre en mi vida profesional y personal con la más alta estima.

A mis amadas amigas Paola Elguera y Marisel Casas, por estar cuando más las necesito y ayudarme con su inteligencia y corazón a cumplir mis metas y propósitos siempre, mi gratitud eterna Pololita y Mari.

A mi segunda familia **CEREQUEM** compañeros de trabajo, pero sobre todo amigos y amigas entrañables que siempre me apoyaron; a mis “pacientitos” secuelados por enseñarme lo que es servicio, fortaleza y esperanza, y a mi Institución donde dejo un poco mi corazón.

Resumen

El Estado Plurinacional Boliviano a través de la Constitución Política del Estado tiene dentro sus fines máximos el garantizar la salud y la educación como bienes primordiales jurídicamente protegidos, la presente investigación ha identificado un vacío jurídico en la normativa boliviana al no contar con una ley sobre pedagogía hospitalaria de acción educativa integral dentro de un centro de salud y que pueda lograr una coordinación en cuanto a avances curriculares y acreditación plena de lo avanzado entre las aulas hospitalarias y las unidades educativas de origen, para facilitar la reinserción del estudiante a la escuela formal y vivir las relaciones de aula como un espacio de normalidad. Dirigido en su integridad a la atención de pacientes con secuelas de quemadura, que son afectados en la asistencia y adhesión al tratamiento de los mismos. Identificando los factores que derivan en la necesidad de incluir la pedagogía hospitalaria en la normativa boliviana, analizar la interacción de las leyes existentes, examinando la realidad actual de los niños y niñas del Centro de Salud (Cerequem) y revisando normativas internacionales de ejemplo. La presente investigación pretende dar respuesta a la problemática y a los factores mencionados, y se enmarca en el diseño metodológico con enfoque cualitativo – no experimental de tipo descriptivo, por la naturaleza del fenómeno social del objeto de investigación, con análisis bibliográficos específicos para una descripción científica. Por todo lo mencionado existe la necesidad de incorporar una normativa que dé lugar a políticas públicas a ejecutarse interinstitucionalmente a través de acuerdos entre Ministerios con referentes internacionales porque el Estado tiene como función suprema y primera responsabilidad financiera a la educación. Por ello la obligación de gestionar políticas públicas para la creación de espacios aptos para llegar a la población más vulnerable. El Ministerio de Educación deberá impartir las instrucciones técnico –pedagógicas que permitan aplicar lo anterior, de acuerdo a las circunstancias prácticas que se presentan en su aplicación, ya que tenemos poco avanzado éste tema.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	9
TITULO I.....	12
1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 TÍTULO DEL TEMA.....	12
1.2 MOTIVACIÓN	12
1.3 IDENTIFICACIÓN DEL TEMA.....	13
1.4 PROBLEMATIZACIÓN.....	16
1.5 DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	17
1.5.1 Delimitación Temática	17
1.5.2 Delimitación Temporal.....	18
1.5.3 Delimitación Espacial.....	18
1.6 FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA	18
1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.7.1 Objetivo General.....	19
1.7.2 Objetivos Específicos	19
2 MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.1 PEDAGOGÍA	20
2.2 EDUCACIÓN.....	22
2.3 SALUD	23
2.4 ENFERMEDAD CRÓNICA Y QUEMADURAS.....	24

2.5	REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD- RBC	27
2.6	PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	28
2.6.1	Antecedentes Históricos	29
2.7	AULA HOSPITALARIA	33
3	MARCO TEÓRICO.....	34
3.1	SNIS SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	37
3.2	CONSTRUCTIVISMO O ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA.....	37
3.3	REALIDAD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE QUEMADO.....	47
3.3.1	Análisis Cualitativo de la Entrevista Realizada.....	53
3.4	CAIP'S CENTROS DE APOYO INTEGRAL PEDAGÓGICO.....	55
4	MARCO JURÍDICO.....	56
4.1	NORMAS NACIONALES	57
4.1.1	Constitución Política Del Estado Plurinacional De Bolivia.....	57
4.1.2	Ley General Para Personas Con Discapacidad LEY N° 223	59
4.1.3	Ley 070 Avelino Siñani- Elizardo Pérez de 20 de diciembre de 2010.....	60
4.1.4	Ley 548 Código Niño Niña Adolescente Del 17 De Julio De 2014.....	61
4.1.5	Decreto Supremo N.2950 del 14 de octubre de 2016.....	64
4.2	NORMAS SUPRAESTATALES.....	65
4.2.1	Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la salud OPS	65
4.2.2	La declaración de Ginebra (1924)	66
4.2.3	Declaración de Alma Ata (1978).....	68
4.2.4	Carta europea de los Derechos Del Niño Hospitalizado (1986).....	73
4.2.5	Convención Sobre Los Derechos Del Niño (1989).....	74

4.2.6	Declaración De Ottawa (1998).....	75
4.2.7	Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad.....	75
4.2.8	REDLACEH.....	80
4.2.9	Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado y/o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la Educación	80
4.2.10	Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas	82
4.3	NORMATIVAS INTERNACIONALES RELATIVAS A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	
	83	
5	MARCO METODOLÓGICO.....	88
5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	88
5.2	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	88
5.2.1	Método General	88
5.2.2	Métodos Específicos.....	89
5.2.2.1	Método Descriptivo	89
5.2.2.2	Método Comparativo.....	89
5.2.2.3	Método De Las Construcciones De Instituciones.....	90
5.3	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	90
6	CONSIDERACIONES FINALES	91
6.1	CONCLUSIONES	91
6.2	RECOMENDACIONES	92
6.3	PROPUESTA.....	95
	DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA	96
7	BIBLIOGRAFÍA	97

8 ANEXO 1.....101

Introducción

Pasar por un evento de quemadura del cual se tiene secuelas de cicatrices deformantes y retráctiles es difícil, más aun, cuando se es un niño o adolescente en etapa de crecimiento, significan meses enteros sin poder volver a casa ni al colegio, y cuando pasa la etapa aguda de la quemadura viene la etapa crónica con sesiones de rehabilitación, fisioterapias, sesiones de psicología, curaciones y cirugías reconstructivas. Son horas que se extienden a días en la semana, a meses y años hasta lograr que el crecimiento y desarrollo corporal termine, ya que la piel no vuelve a su estado normal, pero la realidad externa al niño sigue siendo la misma, teniendo que reincorporarse lo antes posible a la vida cotidiana, a la escuela y al entorno social.

Según un estudio epidemiológico llevado a cabo por la Fundación Pro Centro del Quemado, ésta es la realidad en la que viven muchos niños y adolescentes secuelados en Bolivia (Quemado F. p., 2012), pero ¿Cómo afrontar una vida normal teniendo que pasar mucho tiempo en un centro médico, muchas veces en horarios de clases? ¿Cómo lograr la adhesión al tratamiento de salud si en la escuela ya no pueden dar más permisos? Ésta realidad es la que motiva la presente investigación. La normativa boliviana en la actual Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia tiene el fin máximo de garantizar la salud y la educación como bienes primordiales jurídicamente protegidos. Para lograrlo ha instaurado leyes como Avelino Siñani –Elizardo Pérez en la que se habla sobre integralidad de la educación e inserción sin discriminación.

Así también la Ley 1678 para personas con discapacidad que tiene todo un apartado en cuanto a educación, sobre esto, el Estado Plurinacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud cuenta con un programa de Sistema de registro para personas consideradas con discapacidad y en su página oficial cita:

Según la página oficial del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia y “de acuerdo con el Sistema de Información del Registro Único de Personas con Discapacidad, del total de personas registradas 32.930 tienen un grado de discapacidad grave, 18.163 un grado moderado, 13.132 son catalogados como muy graves y 3.687 como leves.” (Bolivia, 2017).

En ese sentido, los pacientes con secuelas de quemaduras no llegarían a la calificación necesaria para ser considerados discapacitados; éste tema es neurálgico para desarrollar el último eslabón de la presente investigación a través del siguiente cuestionamiento: ¿Si los pacientes niños y adolescentes secuelados no son considerados discapacitados para el Estado podrán acceder al subsistema educativo especial o alternativo?

Según la experiencia e interacción con secuelados en el Centro de Rehabilitación a pacientes con secuelas de Quemaduras - “**CEREQUEM**”, han permitido afirmar que no es posible, ya que el total de los pacientes atendidos en dicho Centro, al no ser considerados discapacitados, asisten a una Unidad Educativa del sistema regular, por lo tanto, están subsumidos a las leyes y reglamentos del mencionado sistema que comprenden exigencias a las que los secuelados no pueden responder, por ejemplo: se tienen permisos limitados que se enmarcan particularmente según el reglamento de cada institución escolar, está por demás decir que esto se traduce en un obstáculo tanto para pacientes como para padres o tutores que se hallan en la disyuntiva de decidir entre la salud integral de sus hijos o su educación.

La presente investigación ha identificado un vacío jurídico en la normativa boliviana, en lo que se refiere a pedagogía Hospitalaria, término que no es de reciente creación aplicado en los países europeos, sin embargo está en pleno desarrollo en la región sudamericana teniendo

como principal referente a Chile que, según CNN Chile, cuenta con leyes y reglamentos al respecto y un total de 58 aulas hospitalarias en todo el país (CHILE, 2020).

El término de pedagogía hospitalaria se refiere, en resumen, a la acción educativa dentro de un centro de salud, es decir, de educación integral proporcionada a pacientes de un centro de salud u hospital que está en situación de internados o ambulatorios en periodo escolar, para la realización de la pedagogía hospitalaria se requieren de aulas que respondan a los requerimientos especiales de los pacientes, sobre todo estar a disposición en cuanto a cercanía de los mismos.

Para el óptimo funcionamiento de las aulas hospitalarias, se debe lograr comunicación fluida con las Unidades educativas al pretender incorporar una Ley y su reglamento, con la idea de incorporar aulas hospitalarias, esta comunicación estaría normada para los objetivos de compartir la currícula, los avances de los alumnos/pacientes y que las actividades académicas tengan el mismo valor curricular, así como los exámenes, todo esto para ayudar al niño o adolescente a continuar con normalidad su vida académica y al mismo tiempo no negarle la posibilidad de su rehabilitación.

TITULO I

Diseño De Investigación

1.1 Título del tema

“INCLUSIÓN DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA EN LA NORMATIVA BOLIVIANA SOBRE LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUEMADOS DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL SISTEMA REGULAR”

1.2 Motivación

La presente investigación tiene una motivación que surge como fruto de la experiencia laboral en el área administrativa de la Fundación Pro Centro del Quemado (FundAcción) una institución privada creada el 08 de junio de 1975 en la ciudad de La Paz Bolivia, que cuenta con personería jurídica aprobada por Resolución Suprema N°192826 de 1975, que ha prestado valiosos servicios a la población, como la creación de centros de Quemados en los Hospitales General y del Niño, la Unidad de Labio y Paladar en el hospital San Gabriel en la ciudad de La Paz y la Unidad del Quemado Agudo en el Hospital Boliviano Holandés de la ciudad de El Alto.

Atendiendo a la necesidad de contar con un centro de atención de las personas que han sufrido lesiones por quemaduras ha creado el Centro de Rehabilitación del Quemado (CEREQUEM) fundado el año 2012, gracias a la cooperación de la Misión Militar de la Embajada de Estados Unidos para la financiación de la primera parte de la actual infraestructura en un terreno proporcionado por el gobierno Autónomo de La Paz y desde abril de 2015 a través del SEDES La Paz fue certificado como un

Instituto de Especialidades de Tercer Nivel de atención, que cabe mencionar, actualmente no cuenta con ningún apoyo a nivel estatal.

El CERQUEM es el único lugar al cual pueden acudir las personas que han sufrido quemaduras para la oportuna rehabilitación y tratamiento (que son atendidos de manera ambulatoria y en horarios laborales) de sus secuelas en la ciudad de La Paz - Bolivia, así como toda la región occidental del país, además de contar con el equipo interdisciplinario e integral para lograr el cometido.

El conjunto de prestaciones de especialidad que se dan en el Cerequem, va dirigido a la atención de pacientes con secuelas de quemadura en su generalidad. Los datos sobre la cantidad de pacientes y las especialidades atendidas y tratadas han sido sistematizados y enviados al SNIS de acuerdo a los requerimientos oficialmente definidos por el sistema de salud. Que arrojan datos sobre la cantidad de pacientes en edad escolar que han sufrido lesiones de quemaduras y sus secuelas; en su mayoría, estos pacientes provienen de un contexto socioeconómico bajo, quienes necesitan una atención de rehabilitación por periodos largos hasta lograr su total desarrollo físico, por lo que se ven directamente afectados en su rendimiento escolar y las dinámicas familiares sufren muchos cambios por estar expuestos a constantes situaciones que generan sentimientos de angustia, culpa y hasta abandono.

1.3 Identificación del tema

El conjunto de prestaciones de especialidad que se dan en el Cerequem va dirigido en su integridad a la atención de pacientes con secuelas de quemadura en su generalidad. Los datos sobre la cantidad de pacientes y las especialidades atendidas y tratadas han sido sistematizados

en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), a continuación, una figura que resume los datos sobre la distribución de casos atendidos el año 2019 distribuida por grupos etarios.

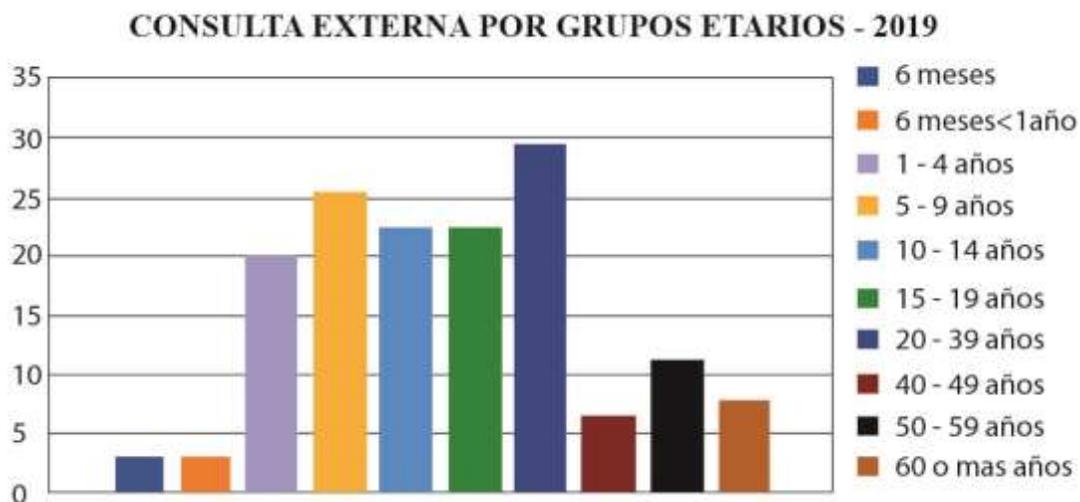


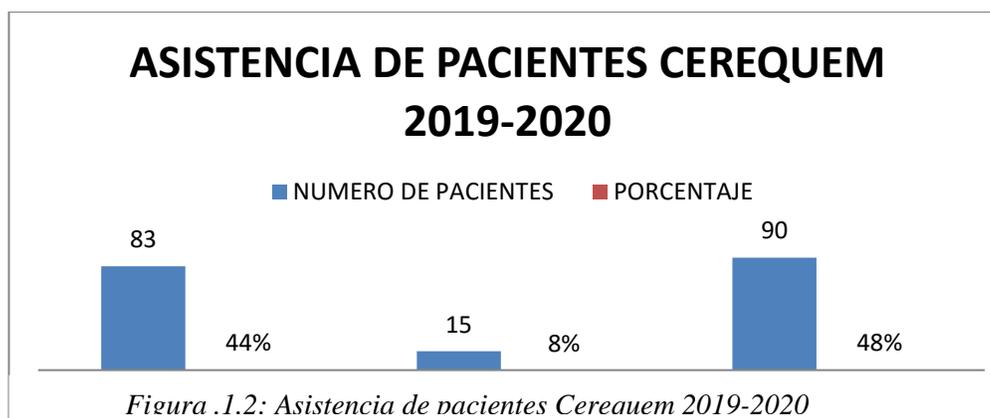
Figura .1.1: Consulta externa por Grupos Etarios- 2019.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Fundacion pro Centro del Quemado, 2019)

La figura muestra toda la información resumida sobre consultas realizadas en el Cerequem en el año 2019; con respecto a lo que nos interesa para este trabajo se evidencia que la consulta externa tiene mayor concentración en menores de 19 años con el 64% del total, pudiendo observar un 25% correspondiente al grupo etario de 5 a 9 años, un 22% de 10 a 14 años y 22% de 15 a 19 años. Estos datos reflejan que el 69% de la población que asistió al centro de rehabilitación, son niños, niñas y adolescentes en edad escolar, y existe el dilema de los padres de familia entre la inserción escolar (asistir a clases ordinarias) de sus hijos o el rezago escolar frente a la adhesión al tratamiento. (QUEMADO, 2020).

La gran cantidad de niños que asumen roles de adultos: trabajos, preparación de alimentos, los hacen particularmente vulnerables y cuyas consecuencias son graves en niveles comunitario, familiar y personal; un niño o adolescente quemado se enfrenta a un cambio de sus actividades cotidianas como ser su desarrollo integral que contempla un desenvolvimiento promedio tanto en lo físico, psicológico, emocional su relación entre pares y el ámbito académico.

Según el reporte al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), realizado por el Cerequem, en las gestiones: II-2019 y I-2020, el 52% de la población que asiste al Centro de Rehabilitación son pacientes en edad escolar. La disminución que se puede observar en la Tabla 1 (Quemado F. P., II-2019, I-2020) en relación a la figura 1 expuesta anteriormente, que corresponde a niños, niñas y adolescentes en edad escolar, se ha producido a raíz de la pandemia del Covid-19.



Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Centro de Rehabilitación del Quemado, 2020)

Frente a esta compleja realidad de los niños secuestrados, la inclusión de un reglamento de Pedagogía Hospitalaria, aportara en gran medida a enfrentar y sobrellevar de mejor manera, tanto la adhesión a tratamiento, el enorme esfuerzo por

parte de los padres y el desarrollo integral de los niños y niñas que asisten al Cerequem.

El problema principal que constituye el objeto de la presente investigación es: la falta de inclusión en la normativa boliviana de la pedagogía hospitalaria, a través de la cual se logre un reglamento para el programa sobre pedagogía hospitalaria y aulas hospitalarias el cual regule la coordinación entre las unidades educativas del sistema regular y los centros hospitalarios donde los niños que sufrieron un evento de quemadura realizan su tratamiento.

La carencia de dicha inclusión, afecta la asistencia y adhesión al tratamiento de los mismos y genera un punto de inflexión entre el derecho a la educación y el derecho a la salud; ambos derechos fundamentales.

1.4 Problematicación

La investigación procura aportar con respuestas válidas a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los factores que derivan en la necesidad de inclusión de la pedagogía hospitalaria dentro de la normativa boliviana que responda a la realidad de niños, niñas y adolescentes secuestrados en proceso de rehabilitación?
- ¿Cómo interactúan las normas relacionadas al acceso a la educación como la Ley 070 Avelino Siñani - Elizardo Pérez con las disposiciones para el acceso a la salud en el sistema normativo boliviano?

- ¿Cómo se desarrolla en la actualidad la continuidad educativa de los niños, niñas y adolescentes secuestrados frente a su adhesión al tratamiento?
- ¿Cuáles son las normativas internacionales de referencia que se relacionan a la implementación de la pedagogía hospitalaria como complemento de la acción médica en los hospitales y centros de salud?

1.5 Delimitación Del Tema

1.5.1 Delimitación Temática

El presente estudio se encuentra enmarcado, de manera general dentro del área del Derecho Constitucional ya que se tomarán en cuenta los derechos fundamentales y garantías que se otorga a todos los ciudadanos bolivianos sobre el acceso a la educación y la salud, tomando también como referencia los Derechos Humanos.

La investigación se traducirá dentro del Derecho Administrativos en vista de que la propuesta se ejecutará interinstitucionalmente entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud a través de sus disposiciones.

Por ser la educación una de las necesidades básicas de la población que habita un territorio determinado, constituye misión primordial del Estado, satisfacer adecuadamente dicha necesidad, en este sentido, la gestión educativa, tiene una fiel expresión en el contexto de la Administración Pública, entendida como el instrumento ejecutor de las decisiones políticas del gobierno, que en representación del Estado ejerce el poder político para realizar el bien común en beneficio y desarrollo de la sociedad. (Viceministerio de Educación Superior de Formación Profesional, 2017)

1.5.2 Delimitación Temporal

La investigación comprende desde 20 de diciembre de 2010 fecha de promulgación de la ley 070, hasta la actualidad. Tomando a efectos del estudio estadístico el año 2019 y primer semestre de 2020.

1.5.3 Delimitación Espacial

La investigación se realizará dentro del Estado Plurinacional de Bolivia, a efectos del estudio propiamente dicho se centrará en la ciudad de Nuestra Señora de La Paz, tomando como comunidad de análisis el Centro de Rehabilitación del quemado – **Cerequem**.

1.6 Fundamentación e Importancia Del Tema

La actual Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia dentro de sus más preciados bienes jurídicamente protegidos contempla en el artículo 9, numeral 5: “Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.” (BOLIVIA, 2009)

Es así que el acceso a un derecho no debería producir antinomia con otro derecho, es decir, poder acceder a la atención oportuna al tratamiento de rehabilitación de secuelas de quemaduras no tendría que afectar la asistencia o el desarrollo curricular regular en la educación y viceversa.

1.7 **Objetivos De La Investigación**

1.7.1 *Objetivo General*

- Identificar los factores que derivan en la necesidad de inclusión de la Pedagogía Hospitalaria en la normativa boliviana que permitan implementar aulas hospitalarias que garanticen la continuidad de los estudios de niños niñas y adolescentes secuestrados en coordinación con las unidades educativas del sistema regular.

1.7.2 *Objetivos Específicos*

- Analizar, la interacción de la ley 070 Avelino Siñani – Elizardo Pérez con las disposiciones normativas sobre el acceso a la salud, como acompañamiento en el proceso escolar de los niños, niñas y adolescentes que asisten al CERQUEM para su rehabilitación integral.
- Examinar la realidad actual sobre la continuidad educativa en los niños y adolescentes que asisten al Cerequem frente a su adhesión al tratamiento.
- Revisar normativas internacionales en cuanto a la implementación de la Pedagogía hospitalaria.

TÍTULO II

Marco Conceptual

2.1 Pedagogía

Es una disciplina encargada del estudio de los métodos que se utilizan dentro de la enseñanza, establece bases de crecimiento en la educación, el uso de esta filosofía como aplicación ha servido para restaurar el sistema educativo.

Es considerada una ciencia libre a la recepción de otras áreas de estudio que tiene como propósito el enmarcar resultados y colaborar con la creación de nuevos programas de inclusión educativa que ayuden a los docentes a impartir una mejor enseñanza a los niños, adolescente y estudiantes de todas las edades.

La pedagogía atraviesa materias de ciencias sociales, historia y antropología como referencia para así poder comprender un poco más a la educación como filosofía en amplio crecimiento y no como un sistema.

El concepto de pedagogía depende de las tradiciones y las diferentes corrientes de los pensadores, en este sentido al hablar de pedagogía se debe aludir su sentido etimológico.

De acuerdo a la Revista Electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social, según Guanipa: “Pedagogía proviene del Griego: Paidós, que significa niño y Gocia que significa llevar o conducir, es decir conducir niños, encontrándose que en la antigüedad la pedagogía estaba relacionada a la actividad laboral de los esclavos que llevaban y traían a los niños para su instrucción personal”. (Rojano Mercado, 2008)

El término pedagogía para Abbagnano (Visalberghi, 1992) literalmente significa: “guía del niño” abarcando la filosofía de la educación, la psicología sobre todo la parte que se refiere al desarrollo mental de carácter y a los modos de aprendizaje, la sociología como ciencia auxiliar para resolver los problemas de la educación, a la didáctica como la práctica misma de la educación.

Lo pedagógico es algo relativo a la enseñanza, la justificación de sus contenidos, la planificación y el control de los procedimientos, el aprovechamiento de las condiciones psicológicas, cognitivas, lingüísticas, sociológicas que afectan a los sujetos que interactúan en la enseñanza.

(Ahumada) No hay escrito pedagógico que no se deje clasificar en uno de estos rubros o en varios de ellos. En este sentido, lo designado con el término pedagogía no es la enseñanza, sino un saber sobre la enseñanza. Pedagogía es, pues, un saber de hecho, cualquier caracterización de la pedagogía como una disciplina con identidad propia, incluso en relación con sus orígenes históricos la suponen, por principio, como un saber.

En síntesis, la pedagogía se orienta a la organización o planificación sistemática de conceptos, principios y técnicas referidas a la educación, es decir, lo que debe ser el proceso de formación la división y duración de sus fases en el tiempo, la organización y su respectivo control académico e integral.

Pedagogía se entenderá para la presente investigación en su aspecto técnico y de planificación para la elaboración de modelos o programas que enmarquen las áreas de saberes: lúdicos, educación integral, social y psicológico.

2.2 Educación

(Visalberghi, 1992) Para Nicola Abbagnano: “(...) la educación es un fenómeno que puede asumir las formas y modalidades más diversas, según sean los grupos humanos, pero en esencia es la transmisión de la cultura del grupo de una generación a la otra para que las nuevas generaciones adquieran el conocimiento y la habilidad de manejar las técnicas de supervivencia”.

(Joaquín & Dujo, 1996) La educación en cuanto a concepto es para García un concepto de clase, pues se aplica a individuos del género Homo que “participan de las propiedades de la educación” de los llamados fenómenos educacionales.

En la antigüedad, el aprendizaje y la enseñanza, es decir, el que como y cuando enseñar se dieron de forma natural como un medio de subsistencia, conforme el ser humano fue evolucionando las necesidades de conocimiento se incrementaron.

Para Burke y Ornstein “La complejización creciente del conocimiento necesaria para la supervivencia humana obligo a nuestros ancestros a especializar los procesos de enseñanza y aprendizaje de manera continua, en respuesta a las demandas de la supervivencia social e individual (Madriz, Rapalo, & Gil, 2011)

Para Olmeda (Jose Manuel Muñoz Rodríguez, 2011), la educación es una realidad, un proceso, un hecho, una actividad concreta; mientras que la disciplina que la estudia es producto de las imágenes, idearios y representaciones que de ella se hacen quienes la estudian.

La consideración de la diversidad humana, para Sacristán (Sacristan, 2005), es una constante en la historia de los sistemas escolares, en el pensamiento en general y en el educativo, en el particular, en permanente relación dialéctica con la proclamación de la universalidad de la naturaleza humana, de la que se deduce, entre otras cosas, el derecho a recibir la enseñanza en condiciones de igualdad.

La educación será entendida, entonces como una ciencia en constante cambio por su naturaleza social, que va evolucionando conforme evolucionan los saberes y los campos de estudio de cada región, por su cultura, idiosincrasia y relacionamiento con el medio en cada sociedad.

Para la presente investigación encontrar un concepto claro y definido ha sido una tarea compleja, viéndolo desde un saber social en constante cambio y con nuevos retos que desentrañar.

2.3 Salud

Para la Organización Mundial de la Salud con sus siglas OMS, la salud plasmada en el preámbulo de su Constitución de 1948 y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Organizacion Mundial de la Salud OMS).

Este concepto es considerado pilar y base para el sustento de la realización de sus competencias. Concepto que, a pesar de tener más de 60 años, sigue aún vigente y del cual se desprenderán disposiciones de los Ministerios de Salud al contemplar la salud como una integralidad entre el bienestar físico, mental y social.

Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel internacional por casi todos los países, incorporándola en sus respectivas legislaciones.

A pesar, que la OMS ha querido dar un concepto sobre salud, existen diversos autores que critican este concepto ya que la conceptualización de salud es más compleja y también depende del enfoque social que se le quiera dar. Es decir, si para la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, quiere decir que, por ejemplo, una persona que vive en extrema pobreza, o quien atraviesa problemas familiares o un país que está por la pandemia del COVID 19 en crisis económica, no estaría dentro de esta conceptualización; así que salud se podría ver como la ausencia de enfermedad.

2.4 Enfermedad Crónica y Quemaduras

Una vez revisados los conceptos de salud y enfermedad, podemos ver que para el estudio propiamente de la investigación presente, podríamos comprender al evento de quemadura como un lesión sobre células y tejido vivo provocado por un agente externo puede ser este físico (fuego, líquido u objeto caliente, radiación, electricidad) o biológico (por picaduras de insectos o anfibios) el daño o lesión puede consistir desde inflamación leve hasta la destrucción o muerte celular.

La quemadura puede ser superficial o profunda y puede variar su extensión; vista en dos grandes etapas: la primera es la llamada etapa aguda que comprende desde el momento de realizada la lesión o trauma incluyendo los primeros auxilios,

el ingreso a salas de terapia intermedia o intensiva dependiendo los grados de quemadura: primer grado superficial o profundo, segundo grados superficial o profundo y tercer grado, el porcentaje corporal quemado, las primeras cirugías de injertos de piel, tratamientos hiperbáricos, rehidratación y curaciones, esta etapa termina cuando las heridas de quemaduras han cicatrizado; la segunda etapa es la llamada etapa crónica la cual consiste desde el alta hospitalaria del paciente y cicatrización de las heridas de quemaduras para la realización de los tratamientos de rehabilitación para las cicatrices de secuelas de quemaduras, es una etapa crónica ya que tiene una data larga de rehabilitación que consiste en cirugías reconstructivas y estéticas, tratamientos de fisioterapia y kinesiología, sesiones de psicología y curaciones varias entre otros tratamientos multidisciplinarios.

Para tener claro lo que significa una enfermedad crónica vamos a pasar a conceptualizar el término.

Para Viniegra Velásquez (Velazquez, 2006), las enfermedades crónicas constituyen propiamente objetos susceptibles de intervenciones directas o indirectas con propósitos predeterminados: prevención primaria, detección oportuna, limitación del daño, rehabilitación. Es decir, los conceptos salud-enfermedad permiten el despliegue de acciones técnicas e instrumentales, de variable complejidad, con potencialidad creciente para evitar o retardar la aparición de cierta enfermedad, detener o “silenciar” su evolución, y restituir las funciones disminuidas o perdidas.

En el mismo documento citado indica que si se considera a las enfermedades crónicas como “formas de ser” particulares y diferenciadas de ciertos grupos de

personas, se debe ir más allá del ámbito de lo técnico de la enfermedad y de la salud para incursionar en el padecer, en la esfera psicosocial, en las tradiciones, en las formas de vivir, en una palabra, en lo cultural (Velazquez, 2006).

Bajo este aspecto, lo que describe a las enfermedades crónicas en relación a otras que no se consideran enfermedades, son los malestares, los sufrimientos, los inconvenientes y las limitaciones de quienes las padecen, en el caso de la presente investigación de los pacientes con secuelas de quemaduras, son las cicatrices deformantes y retractiles que impiden el normal desarrollo del niño frente al ambiente que lo rodea.

Para tomar en cuenta, una de las características de la enfermedad crónica es justamente la cronicidad, eso quiere decir que se debe batallar por mucho tiempo con ella y esto afecta el espacio íntimo del paciente, sus relaciones sociales, el desarrollo de sus actividades, su estado de ánimo y su relacionamiento con los pares de un mismo grupo.

Muchos pacientes secuelados, también ven afectado su entorno familiar, el hecho de permanecer en un centro hospitalario por un largo tiempo y en periodos entre semana, también afecta a la familia más cercana, teniendo que dejar de lado su trabajo, afectándose así los ingresos económicos del núcleo familiar, aumentarle a este estrés generado por la situación el hecho de que no se pueda dar continuidad a la etapa de escolaridad.

2.5 **Rehabilitación Basada en la Comunidad- RBC**

Una vez analizados los conceptos de salud, enfermedad y enfermedad crónica en relación a los pacientes secuestrados por quemaduras llegamos al siguiente eslabón de la investigación la Rehabilitación Basada en la Comunidad, entendida en palabras simples, como el conjunto de relacionamientos e interconexiones entre el lugar donde se realiza el tratamiento de rehabilitación del paciente y la comunidad identificando a esta última como los actores indispensables para el éxito de la rehabilitación integral. Para ello, se habla de estrategias que han ido desarrollando diversos países a través de entidades supranacionales.

Para entender mejor, se repasará los antecedentes históricos de la estrategia de RBC donde se creó a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando al sobrevivir un gran número de soldados y civiles con alguna discapacidad se desarrolló una nueva especialidad biomédica, la rehabilitación, que paulatinamente fue adquiriendo importancia dentro de la investigación médica y tecnológica.

En las Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia cita:

(Díaz-Aristizabal, et al., 2012) En 1951 se creó la Unidad de Rehabilitación de Naciones Unidas para facilitar la transferencia de dichos avances médicos y tecnológicos a los países denominados "en vías de desarrollo", basándose en el entrenamiento y formación de terapeutas y técnicos en rehabilitación, en el apoyo para la construcción de centros de rehabilitación ubicados en las ciudades y en el desarrollo de un equipo profesional compuesto por diferentes especialistas, como

médicos rehabilitadores, psicólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales. A pesar de este esfuerzo internacional, la mayoría de las PD no se beneficiaba de esta ayuda, ya que la mayor parte de ellas vivían en zonas rurales o periurbanas.

En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la Declaración de Alma Ata, donde se planteaba un modelo integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud, que trasladaba el apoyo y los servicios de salud a las comunidades, centralizados hasta ese momento en hospitales e instituciones ubicados en las ciudades. En el seno de esa atención primaria de salud se contemplaba la rehabilitación, surgiendo de esta declaración la estrategia de RBC (Díaz-Aristizabal, et al., 2012).

Dentro del mismo artículo arriba descrito, dice que: La RBC se define como una estrategia dentro del desarrollo general de la comunidad para la rehabilitación, igualdad de oportunidades e inclusión social de todos/as los/as niños/as y adultos con discapacidad, que se aplica a través de los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades, y los apropiados servicios de salud, educación, formación vocacional y servicios sociales (Díaz-Aristizabal, et al., 2012).

2.6 Pedagogía Hospitalaria

La pedagogía hospitalaria es pedagogía en cuanto se constituye el conjunto de aquellos medios puestos en acción para llevar a cabo educación y es hospitalaria en tanto se lleva y se realiza a cabo dentro del contexto hospitalario (citado por Lizasoain y Polaino, 1996:15).

El propósito de la Pedagogía Hospitalaria, para Polaino, coincide con la de la educación, pues se trata de propiciar el desarrollo integral de la persona. Además, según la legislación vigente, el objetivo principal de esta Pedagogía consiste en procurar que los niños y las niñas no pierdan el ritmo escolar durante su permanencia en el hospital. (Polaino, 1996b).

Para Palomares (Palomares-Ruiz, Sánchez-Navalón, & Garrote-Rojas, 2016) La Pedagogía Hospitalaria es una disciplina de reciente creación; su andadura comienza a principios del siglo XX y su implantación no es igual en todos los países, dependiendo de los gobiernos. Como es conocido, estos tienen diferentes niveles de implicación y una visión de coberturas para sus conciudadanos y conciudadanas desiguales en sus políticas educativas y, sobre todo, sanitarias.

La pedagogía hospitalaria busca que el paciente en edad escolar no pierda el curso de sus estudios ni tenga que repetir, porque todo ese tiempo sería una dificultad para la reinserción al sistema educativo regular.

La enfermedad conlleva cambios para el paciente/estudiante su familia y su entorno, la pedagogía hospitalaria ha nacido para apoyarles desde el ámbito educativo a la vez que da una mirada integral de inclusión para que no se tropiece con dificultades para su reinserción escolar.

2.6.1 Antecedentes Históricos

Los orígenes de la pedagogía hospitalaria bien podría verse gracias a la segunda guerra mundial donde al finalizar la misma se vieron grandes daños a la población y

en especial a la población infantil y adolescente quienes tuvieron que estar hospitalizados por largos periodos de tiempo generando así, entre muchas cosas, la ausencia a sus centros educativos, apareciendo de esta manera, una nueva corriente y disciplina pedagógica encargada específicamente de la atención de estos alumnos en los periodos de convalecencia en el hospital y durante la enfermedad: la pedagogía Hospitalaria. (Guillen, 2017)

Sin embargo, la pedagogía Hospitalaria se remonta a un tiempo más atrás, con grandes figuras de la educación como ser: Montessori, Itard, Decroly. Quienes pusieron en práctica un proceso de colaboración médico-pedagógica abordando el tratamiento de los niños ingresados en los hospitales psiquiátricos y más tarde con niños considerados como “normales” se vio así la necesidad de una atención menos centrada en la medicina y que se desplazaba más a un concepto de atención educativa.

Solo después de la II Guerra Mundial, se crearon los primeros “centros sociales” donde se cuidaba a los niños víctimas de la guerra. La innegable ayuda de la Cruz Roja, Caritas y la Organización Mundial de la Salud-OMS, para auxiliar a las víctimas infantiles de la Guerra creándose Unicef, en 1946.

En Europa (Polaino, 1996), el primer país que se preocupa por los niños hospitalizados es Dinamarca, cuando en el Coast Hospital, en 1875, se contrata un profesor, financiado por el propio Hospital, para atender a las niñas y los niños ingresados. Dependiendo del país, la cuestión es diferente; a Dinamarca le siguió Austria y, hasta finalizada la II Guerra Mundial, no se considera necesaria la atención a las chicas y los chicos hospitalizados. Solo en la década de los 50, toman conciencia

otros países como Serbia, Polonia, Eslovenia, Francia e Inglaterra. En este país se fundó, en 1961, la National Association for the Welfare of Children in Hospital, cuyo propósito era cuidar a todas las niñas y los niños hospitalizados. Más tarde, en 1984, la NAWCH redactó una carta que envió al Parlamento Europeo (1986), y que motivó la aprobación de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado. Son derechos que amparan a los chicos y las chicas entre 5 y 16 años de edad. Actualmente la cobertura es desde los 3 a los 18 años.

En Latinoamérica, gracias a la labor realizada por el profesor Luis Morquio, creador en 1924 del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, con sede en Montevideo-Uruguay en cuyo acto de inauguración se declaró el siglo XX como el Siglo de los Niños, promulgándose un decálogo que recogía los Derechos de los Niños, de los que surgieron los Derechos del Niño Hospitalizado.

Muchos países de Latinoamérica ven la Pedagogía Hospitalaria como algo propio de la atención especial con la que cuenta cada centro hospitalario, más que todo, debido a los problemas económicos y políticos por los que atraviesan dichos países.

En Latinoamérica, los países que más avanzado tienen el tema de pedagogía hospitalaria son:

- 1. Argentina.-** La inclusión es el principio de la práctica docente con el alumnado hospitalizado y convaleciente, respeta su diversidad y las necesidades y aptitudes. Este país ha legislado para favorecer a las niñas y los niños enfermos y convalecientes.

2. Chile.- Es uno de los países referentes para toda Latinoamérica y el mundo en cuanto a legislación y aplicación de pedagogía hospitalaria, siendo su trayectoria dentro de ésta área corta. En 1946, se creó la primera clase hospitalaria, en el Hospital Regional de Concepción.

Por los acuerdos realizados en la conferencia Mundial sobre educación para todos con sus siglas EPT en Tailandia, se impulsó a todos los países de América Latina y en especial a Chile sobre el tema. La Fundación Carolina Labra Riquelme empieza su actividad en abril de 1998, en el Hospital Pedro Aguirre Cerda, actual Instituto de Rehabilitación. Esta fundación realiza y organiza anualmente Jornadas sobre pedagogía hospitalaria cuyo fin es el de sensibilizar y promover el intercambio de experiencias entre profesionales de las Aulas Hospitalarias, este país, como Argentina, goza de una minuciosa legislación para atender a dichos pacientes.

Cabe destacar que tanto en América Latina como en Centroamérica se ha desarrollado el REDLACEH Red latinoamericana y del Caribe por el derecho a la educación de niños niñas y jóvenes hospitalizados o en tratamiento con el fin de establecer el derecho a la educación de los niños hospitalizados o en tratamiento ambulatorio apropiada a sus necesidades individuales en un ambiente adaptado. (Bove, Ferreira, Monsalve, & Riquelme, 2016)

El término de pedagogía hospitalaria se refiere, en resumen, a la acción educativa dentro de un centro de salud, es decir, de educación integral proporcionada a pacientes de un centro de salud u hospital que está en situación de internados o ambulatorios en periodo escolar, para la realización de la pedagogía hospitalaria se requieren de aulas que

respondan a los requerimientos especiales de los pacientes, sobre todo estar a disposición en cuanto a cercanía de los mismos.

2.7 Aula Hospitalaria

Se habla de Aula hospitalaria cuando el aula de un colegio es llevado a los ambientes hospitalarios o centros medicos para que los niños y adolescentes que asiten o estan internados en un centro de salud puedan seguir con sus estudios y cuenten con un lugar de recreacion, pero a la vez un espacio donde puedan continuar con su avance escolar.

(Ariza, 2014) Para Ariza las Aulas Hospitalarias tienen un objetivo común: Proporcionar la atención educativa adecuada a los alumnos hospitalizados para asegurar la continuidad del proceso educativo y evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación. (...) En el Aula había que enseñar, jugar, ayudar y dar confianza, y prácticamente todo ello a la vez.

(CNN, 2020) Las aulas hospitalarias se encargan de educar a niñas y niños que, por condiciones de salud, pasan más tiempo del deseado en recintos asistenciales. Aprenden entre tratamientos y rehabilitación, lo que les permite no abandonar sus años de escolaridad mientras se recuperan.

TÍTULO III

Marco Teórico

En la revisión de las referencias literarias sobre Pedagogía Hospitalaria, sus orígenes, antecedentes jurídicos, sociales e históricos y su relación con la educación regular; se puede encontrar que la inclusión de ésta en las legislaciones de los diferentes países no ha sido la misma, ni sus alcances; esto debido a la realidad en la que se desarrolla dependiendo del país, su cultura, las desigualdades en sus políticas sociales sobre educación y salubridad. El análisis de estas realidades es la síntesis con la que se entenderá al paciente en edad escolar ingresado a un hospital o en el caso de la investigación con un tratamiento de rehabilitación propio de una condición física que le impide gozar de lo que se denomina salud, entendiéndose ésta, como la ausencia de enfermedad.

Como se abordó en el capítulo anterior, se encuentran los conceptos básicos sobre salud, enfermedad, enfermedad crónica, pedagogía hospitalaria, aulas hospitalarias y rehabilitación basada en la comunidad; este último concepto como pieza importante de estudio ya que a través de su análisis se identifican los actores clave para lograr una rehabilitación integral, es decir invitando a la comunidad a ser parte fundamental para lograr una rehabilitación en todos los ámbitos y no solamente en el de salud, logrando integrar a la salud con la educación, el entorno del paciente secuelado y la familia.

Es importante revisar los fundamentos a través de los cuales se llega a visualizar la pedagogía hospitalaria en las normativas de los países que al presente llevan un

camino andado hace no mucho, sin embargo, su significancia en cuanto al proceso de rehabilitación del paciente es de gran alcance por lograr una mejor adhesión al tratamiento y una permanencia en sus estudios dentro las unidades educativas de origen.

Todo lo arriba mencionado, servirá para poder tener una mejor perspectiva de la realidad actual por la que atraviesa un paciente secuelado en edad escolar y con él su entorno familiar, frente a la adhesión a su tratamiento.

Según Lizoain, los efectos sociales de la enfermedad se reflejan en que el niño enfermo está expuesto a una serie de problemas de interacción social ya que la enfermedad altera el ajuste normal del niño origina inestabilidad en las relaciones con los compañeros y aumenta el riesgo de sufrir problemas sociales punto las alteraciones físicas asociadas con las consecuencias de una enfermedad crónica son un factor importante que afectan la percepción y adaptación social los niños en su mayoría evitan el contacto con los compañeros que sufren una disfunción física principalmente si éste es visible. (Acuña, 2013)

La enfermedad por la que atraviesan los niños y adolescentes secuelados no solo afecta a los mismos a nivel físico, psicológico y social, sino que engloba también a todo su entorno principalmente al más cercano como lo es su familia, esto va desde el estrés que implica vivir en el nuevo contexto de la enfermedad o condición, las relaciones interpersonales entre el niño y sus pares, el relacionamiento con su escuela de origen, el impacto psicológico de su nueva situación, y los retos económicos que se deben afrontar como consecuencia del tratamiento de rehabilitación.

En una cita de Lizoain indica que: Se demostró que los niños enfermos que no eran aceptados como tales por sus padres, presentaban un bajo auto concepto y se mostraban también inseguros y tristes, inestables emocionalmente y con sentimiento de culpabilidad, por el contrario aquellos niños que si se sentían aceptados se mostraban más entusiastas y seguros establece con una mayor madurez psicológica estos niños aparecían además significativamente más hábiles en el terreno académico e intelectual los padres que aceptaban el niño de un modo realista la orientaban principalmente hacia la consecución de metas intelectuales lo que contribuye a un positivo rendimiento en el terreno académico el niño enfermo crónico precisa apoyo social necesita sentirse querido y cuidado valorado y estimado. (Acuña, 2013)

En la revisión de programas de pedagogía hospitalaria de otros países, se han encontrado similitudes en cuanto a su aplicación, los cuales son relacionados por el tipo de paciente que se recibe, si es un paciente agudo su estancia en el centro médico será de poca duración, sin necesitar un tratamiento largo, eso significaría unos días en las aulas hospitalarias para luego reinsertarse a sus centros de educación de origen; y si es un paciente con una condición crónica, significará adecuar el programa para lograr objetivos personalizados al caso en particular de sus diferentes necesidades y a lograr una coordinación con el centro educativo de origen. Todo esto para facilitar la continuidad educacional, pero como un problema frecuente esta la imposibilidad inmediata de una comunicación fluida con el colegio de origen.

El Modelo Pedagógico de Atención Educativa para Alumnos en enfermedad, hospitalizados o en atención médica ambulatoria o a domicilio, debe tener características propias y estar orientado a entregar consistencia educativa, lo que

requiere ser altamente imaginativo, versátil y adaptable, con un énfasis principal en la rehabilitación del paciente.

3.1 SNIS Sistema Nacional de Información en Salud

El SNIS es el conjunto de instrumentos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación, retroalimentación y análisis de la información concerniente a: Los procesos técnicos y administrativos que se llevan a cabo en los servicios de salud; el comportamiento de ciertos eventos y factores de riesgo que intervienen en el perfil epidemiológico nacional.

Con el fin de garantizar la adecuada y oportuna toma de decisiones a lo largo de diferentes niveles del Sistema Boliviano de Salud.

Actualmente en Bolivia no existe un registro epidemiológico sobre quemaduras tampoco existen datos en el Instituto Nacional de Estadística boliviano, a pesar del trabajo de epidemiología sobre quemaduras en La Paz y El Alto realizado por Fundación bajo el apoyo del Gobierno de Brasil y el gobierno boliviano.

3.2 Constructivismo o Enfoque Constructivista

Así como en el ámbito de la educación se habla de los temas transversales, también se menciona el constructivismo como un asunto que tiene relación con los cambios para mejorar la educación. Se llama constructivismo o enfoque constructivista, a una manera de comprender cómo aprenden los seres humanos, es decir cómo construyen su conocimiento.

Es conveniente dejar claro de principio, que el constructivismo no es un método o una técnica de enseñanza, es más bien un conjunto de explicaciones sobre los procesos cognoscitivos, que podrían orientar acerca de cómo trabajar con los educandos para que su aprendizaje sea más productivo, de acuerdo con su desarrollo, con el apoyo integral de los adultos y tendiendo a otorgar sentido a tales aprendizajes. Entonces comencemos por bosquejar una síntesis de lo que plantea el constructivismo y luego será un resumen con más detalle:

- a) Los niños y niñas aprenden mejor si la enseñanza se adecua a su nivel de desarrollo cognoscitivo.
- b) Es posible alcanzar mejores niveles de aprendizaje con la participación de expertos, los progenitores y los educadores.
- c) Los nuevos aprendizajes de los niños serán significativos si se realizan con los conocimientos previos y si se refieren a temas con sentido para el educando.

Para Piaget, Vigotsky y Ausubel, el constructivismo postula la construcción del conocimiento por cada individuo en relación con los conocimientos previos en una activa interacción social, toma en cuenta las conclusiones, siempre provisionales en el tiempo de autores que han investigado y escrito acerca del desarrollo de los niños y niñas en relación con la educación.

En la presente investigación se mencionará a Jean Piaget y la teoría genética, Lev S Vigotsky y el aprendizaje sociocultural y David Ausubel con el aprendizaje significativo.

(Piaget, 1950)Según Jean Piaget hay momentos en el desarrollo del ser humano que favorecen lo que se ha de aprender, de acuerdo con la maduración del organismo y de la mente, esto significa que los niños aprenden de acuerdo con su maduración y desarrollo, este desarrollo está determinado genéticamente por cada etapa sucesiva.(pág. 82-86)

Es importante comprender que esta situación es igual para todos los niños, en cualquier parte del mundo, en tanto se den las condiciones para la práctica de la actividad educativa familiar o formal y según características culturales.

Las primeras experiencias sensoriales y motoras constituyen los esquemas sobre los que se construirán las estructuras cognoscitivas.

El aprendizaje se produce en un proceso de asimilación, acomodación y equilibrio, de forma parecida a como se asimilan los alimentos: se ingiere el alimento, éste llega al estómago y a partir del bolo alimenticio, con los jugos gástricos, son reconstruidas las sustancias para hacerlas asimilables, luego en forma de proteínas y vitaminas, se acomodan en los diferentes órganos para llegar a un nuevo estado de equilibrio del organismo.

Los niños aprenden a hablar aproximadamente a la edad de 2 años, antes han aprendido a distinguir sus sensaciones y movimientos a la vez que emitir sonidos y

gritos para expresar sus necesidades de alimentación, abrigo o afecto, constituyen los primeros esquemas cognoscitivos que pasan por un proceso de asimilación acomodación y equilibrio en la estructura cognoscitiva.

Periodo sensorio motriz, al desarrollo que ocurre desde el nacimiento a los dos años Jean Piaget denominó: periodo sensorio motriz o de las sensaciones y movimientos.

Es el momento cuando los niños aprenden las cosas básicas para su vida: moverse, alimentarse, mirar y reconocer a las personas cercanas, tocar sus juguetes y moverlos atraerlos, y así progresivamente, sentarse y levantarse, llamar la atención de los demás para que les den lo que buscan o necesitan, caminar más o menos cuando tienen un año, comer valiéndose de sus manos y de una cuchara; es el periodo más importante para el desarrollo de los niños dentro de la familia.

En el periodo pre operacional a partir de los 2 años, aprenden a nombrar las cosas y su vocabulario se enriquece de acuerdo con los estímulos que reciben de las personas, en su familia.

A este segundo momento que se extiende hasta los seis o siete años, Piaget denominó: periodo pre operacional o del conocimiento intuitivo, por cuanto el organismo y la mente del niño se prepara, se organiza para continuar su desarrollo; niñas y niños aprenden de las personas que los rodean palabras sencillas que hacen referencia a cosas que se encuentran en su entorno inmediato, es el principio del pensamiento simbólico las cosas son representadas por sonidos articulados y estos sonidos las palabras constituyen referentes de aquellas en la memoria en forma de

esquemas y estructura cómo se han mencionado a estas primeras palabras se las conoce también como nociones una noción hace referencia a algo específico: mamá, papá, pan, hermano, pis y otras que representan a los seres objetos y acciones de su pequeño mundo además de acuerdo con los rasgos culturales de los lugares en que viven.

A medida que avanzan en edad los niños y las niñas aprenden más acerca de su entorno y elaboran frases cortas incrementan su vocabulario según los estímulos y experiencias que les toca vivir y aprenden a construir y reconocer algunos conceptos el pan es para comer duermo de noche.

Reconocen figuras e imágenes y juegan con otros niños aunque se trata más de un juego todavía individual pues no comprenden el significado de las reglas de un juego.

Cuando en el juego se trata de competir, el niño o la niña todavía no comprende bien las reglas de un juego, y sólo él o ella quiere ganar.

Recuerdan con más detalle experiencias de su pasado inmediato y reproducen frases que han aprendido: poemas, oraciones, canciones, instrucciones.

Al final del período, entre los 5 y 7 años, aprenden a leer, más bien se les enseña a leer, primero palabras o sílabas y más tarde frases, al mismo tiempo que están aprendiendo a escribir y ya manejan conceptos más complejos.

Esto significa que el niño y la niña ya comprendan y ponen en práctica instrucciones complejas, como que “el agua en la caldera sobre la cocina encendida calienta y hierve, además puede ser peligrosa”.

Es el momento en que los niños y niñas ingresan a la escuela para aprender sobre los números y las operaciones de aritmética, sobre el lenguaje y la gramática, sobre los lugares y la geografía y sobre las formas de vida a través de las ciencias naturales.

En el periodo de las operaciones concretas, una característica de esta etapa, es que los niños han aprendido a participar en juegos con reglas, aspecto importante para la educación que permite establecer las pautas de trabajo en aula.

Comprenden y construyen conceptos y aprecian los valores a la vez que asumen actitudes positivas con relación a temas personales y sociales.

La actividad educativa dentro y fuera de la escuela tendrá mayor impacto, la niña y el niño están abiertos y sensibles para asimilar nuevos conocimientos, para reflexionar sobre problemas de diferente índole y para el caso que nos ocupa, para comprender las preocupaciones cotidianas con el cuidado de la salud y la vida.

Periodo de las operaciones formales, comienza entre los 11 y 12 años. Niños y niñas aprenden y utilizan conceptos abstractos, piensan y hablan aludiendo cosas que conocen y que no es necesario que estén presentes ante su vista.

En esta etapa se desarrolla ampliamente el aprendizaje teórico y conceptual.

Lev S Vygotski, autor cuyas teorías influyen actualmente en el desarrollo de los procesos educativos; con el enfoque sociocultural, el énfasis de este autor se encuentra en la explicación de que todo aprendizaje humano es desarrollado social y culturalmente.

(Vygotski, 1978) Según Vygotski, los niños aprenden en interacción con los adultos y dentro de un entorno cultural: lengua, costumbres, historia. (pág. 60-72)

Al respecto podemos ver que cuando los niños alcanzan cierto nivel de desarrollo, entre los 4 y los 6 años, se los lleva la escuela para que continúen aprendiendo esta vez ayudados por las profesoras y los profesores, una serie de temas que construirán su bagaje de conocimientos formal.

Esta compañía social está presente en todas las etapas del aprendizaje y en toda actividad humana.

En esta interacción social se constituyen los procesos psíquicos superiores la mediación del lenguaje, es decir que se desarrolla la mente y el pensamiento. Precisamente el lenguaje y los procesos psíquicos superiores son lo que nos hacen humanos.

La zona de desarrollo próximo, para comprender el desarrollo cognitivo del ser humano Vygotski plantea la teoría de una zona de desarrollo próximo, que aludes a la intervención de los adultos (progenitores, educadores) como encargados de facilitar y optimizar los aprendizajes del niño, que le acercan a momentos o fases a las que sin este apoyo no podría llegar.

Es como si el niño o la niña se encontrarán frente a un charco que deben salvar de un salto y que supera sus posibilidades inmediatas: por sí mismos estarían en la alternativa de intentar y caer en el agua o evitar el paso; pero si un adulto en ese momento les ofrece la mano y les ayuda a vencer el obstáculo, llegarán a la meta aspirada.

Los niños pueden aprender por sí mismos y alcanzar cierto nivel de conocimientos, por simple curiosidad, por descubrimiento al responder a sus necesidades inmediatas o escuchando otras personas; sin embargo, la participación activa de los progenitores, de sus semejantes mejor informados y, fundamentalmente de los profesores y las profesoras, pueden ayudarles a avanzar en sus aprendizajes, llevarles más allá de lo que hubiesen llegado solos; pueden ayudarles a mejorar su desarrollo cognitivo.

Hay que considerar, no obstante, que el desarrollo de los niños se produce siguiendo algunas pautas generales y que dicho desarrollo puede ser mejorado dentro de ciertos parámetros.

Procesos psíquicos superiores, los procesos psíquicos superiores que caracterizan a la especie humana, han permitido alcanzar los niveles de desarrollo cultural, económico y social como los conocemos en la actualidad, en una actividad histórica, es decir, en el tiempo y son posibles de rememorar porque son registrados en la memoria social; que lo recuerda como materiales de reflexión para mejorar las condiciones de la vida en base a la experiencia pasada.

Decíamos más arriba que se constituyen mediados por el lenguaje: la palabra articulada es la parte del lenguaje que sirve para nombrar cosas, personas, acciones y sensaciones, también sentimientos y a través del lenguaje la mente de cada ser humano construye ideas y pensamientos acerca de sí mismo y de la realidad en la que vive se comunica con sus semejantes evoluciona materialmente socialmente culturalmente.

La educación es un medio de transmitir la cultura y al mismo tiempo de desarrollar los procesos psíquicos superiores mediante las actividades de la enseñanza y del aprendizaje.

(Ausubel, 1960) El aprendizaje significativo según Ausubel, es aquel que por una parte, tiene relación con los conocimientos previos y con la experiencia, y por otra parte que el nuevo aprendizaje expresa sentido conceptual y práctico para el aprendiz. (pag. 267-272)

Que tenga sentido, quiere decir que guarde relación con la realidad, que refleje algo que es, de alguna manera, comprobable y que puede ser comunicado o compartido.

Este aprendizaje, se manifiesta cuando los niños aprenden desde muy pequeños muchas cosas que le sirven para sobrevivir, otras que nada más responden a la inquietud de los adultos de enseñarles algo, por ejemplo, podrían aprender a contar en chino a la edad de dos y medio años, siendo castellano-hablantes, este es un aprendizaje que no siempre tiene sentido en utilidad inmediata.

Si enseñamos a los niños en la escuela, que es prudente y conveniente cuidarse de los objetos y artefactos calientes, que podrían provocar quemaduras, constituye para ellos un aprendizaje significativo.

Por una parte este nuevo conocimiento se relaciona con lo que el niño ya sabe acerca del calor y algunos de sus efectos, y por otra guarda relación con los riesgos reales que representan los objetos, artefactos y sustancias calientes y, asimismo, con la necesidad de valorar el cuerpo humano y la vida.

Es cierto que la explicación del aprendizaje significativo en la teoría de Ausubel es más compleja; sin embargo, para el tema que nos ocupa, lo expresado permitirá comprender sus alcances.

Es conveniente, entonces, pensar que el aprendizaje tendrá más valor para los educandos si se le proporcionan experiencias educativas adecuadas a su edad, con la expectativa de avances apoyados por los educadores, experiencias relacionadas tanto con lo que previamente han aprendido y conocen, así como con hechos, objetos y circunstancias reales, actividades en las que los niños y las niñas participen, controlen sus propios aprendizajes y los compartan con sus semejantes.

De esta manera, los aspectos a que se refiere el punto de vista del constructivismo, se verán reflejados en la actividad educativa en: la adecuación de los materiales para usar en el aula, a los niveles del desarrollo cognoscitivo de los educandos; la actitud y actuación de los educadores como expertos que guían el desarrollo de los educandos en su tránsito desde una zona de desarrollo real hace una zona de desarrollo potencial, es decir: optimizar su evolución cognoscitiva; la

significación del aprendizaje, en cuanto se acomode a los conocimientos previos y responde a situaciones de la realidad, que tenga sentido; la visión explícita de los temas transversales como respuesta a las necesidades de la vida cotidiana, de manera que la educación prepare al educando para la vida, con valores positivos.

3.3 Realidad Del Niño y Adolescente Quemado

En el año 2012 la Fundación Pro Centro del Quemado en cooperación con el Gobierno nacional de Bolivia a través del Ministerio de Salud y el Gobierno de Brasil a través de delegados del Ministerio de Salud de la Universidad Gama Filho, puso en marcha el proyecto de “Investigación Epidemiológica y Asistencial para la Estructuración de la Red Nacional de Servicios de Referencia para Quemados”, con el objetivo de incluir en los sistemas nacionales de estadística un área donde se pueda incluir una normatización, seguimiento y promoción de la prevención, promoción y atención en quemaduras. Asimismo, en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) una casilla para recolección de datos para quemaduras, aunque la inclusión suponía un arduo trabajo técnico con costos financieros importantes; no se logró llegar al objetivo planteado, ya que una vez terminados los informes y el estudio de campo el Sedes a través del Snis no implementó dichas casillas, pero se obtuvo un trabajo muy bien desarrollado sobre lo antes mencionado.

En la investigación epidemiológica realizada, se tenía como objetivo incluir en el Sistema Nacional de Estadística a los pacientes quemados como una estrategia global de prevención y atención de quemadura recuperando los saberes y tecnologías existentes en el mundo en el área de rehabilitación para clasificar discapacidad,

promover grupos interdisciplinarios y difundir una agenda de investigación y promover el interés de la comunidad y los gobiernos.

Numero de casos por grupos de edad y sexo				
Grupos de Edad	Femenino	Masculino	Total	%
< de 1 año	52	68	120	5,3%
1 a 4 años	381	476	857	38,1%
5 a 9 años	147	153	300	13,3%
10 a 19 años	167	140	307	13,6%
20 a 24 años	59	61	120	5,3%
25 a 59 años	221	222	443	19,7%
60 y mas años	36	36	72	3,2%
NR	15	18	33	1,5%
Total	1078	1174	2252	100%

Cuadro .1.1: Número de casos por grupos de edad y sexo.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Quemado F. p., 2012)

Los datos arrojados por el estudio epidemiológico demostraron que al menos 600 pacientes quemados en la ciudad de La Paz y El Alto comprenden las edades entre 5 a 19 años de edad.

Diferenciación de casos por ocupación		
OCUPACION	No. DE PACIENTES	%
Administración pública - empresa	0	0,0%
Estudiante	377	16,7%
Fuerzas Armadas y Policía	34	1,5%
Profesional, científico intelectual	24	1,1%
Técnicos Auxiliares	48	2,1%
Trabajador - obrero	134	6,0%
Desocupado	6	0,3%
Labores de casa	108	4,8%
Trabajo Eventual	1	0,0%
Lactante mayor y menor	356	15,8%
Jubilados - Rentistas	10	0,4%
No registrado	1154	51,2%
Total	2252	100,0%

Cuadro .1.2: Diferenciación de casos por ocupación.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Quemado F. p., 2012)

Del cuadro precedente se encuentra que un 16,7 por ciento de pacientes con quemaduras o secuelas de quemaduras son estudiantes, esto teniendo en cuenta que el numero porcentual podria subir dado el gran porcentaje de ocupacion no registrada.

Diferenciación por nivel de escolaridad		
NIVEL ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	%
Pre Escolar	977	43,40%
Primaria	494	21,90%
Secundaria	221	9,80%
Técnico	2	0,10%
Universitario	7	0,30%
Post Universitario	36	1,60%
No Registrado	515	22,80%
Total	2252	100,00%

Cuadro .1.3: Diferenciación por nivel de escolaridad.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Quemado F. p., 2012)

El estudio realizado en la ciudad de La Paz y El Alto del departamento de La Paz, arrojó datos sobre la situación de niños entre 5 y 18 años en nivel de escolaridad, en su mayoría cuya situación económica familiar es de bajos ingresos monetarios y por dicha precariedad es que se produce el evento de quemadura.

Los niños deben pasar largas temporadas lejos de su familia y amigos y su entorno normal de actividades, ya que el hospital nunca implicará una normalidad, pues son otros horarios, seguir otras reglas de personas diferentes a su entorno y hasta comer diferente que en casa. Esto implica, en una primera instancia, largos periodos lejos de sus escuelas de origen, y en una segunda instancia una reinserción a los mismos.

Los niños en su mayoría evitan el contacto con compañeros que sufren una disfunción física principalmente si esta es visible, es por ello importante el acompañamiento de sesiones psicológicas dentro del programa de rehabilitación del niño secuelado como así también en sus respectivas unidades educativas.

Los derechos de los niños secuelados se encuentran vulnerados al no existir un reglamento interno que contempla los mismos, y al no considerarse un tema fundamental de salud pública a pesar de la vigilancia epidemiológica permanente; Bolivia es uno de los países que han relegado este tema a pesar de las sugerencias de las Declaraciones supraestatales como ser la Declaración de los derechos del niño, Convención de los derechos del niño, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Protocolo de la convención Americana de Derechos humanos, Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia y Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo facultativo de las que Bolivia ha declarado su conformidad (Americanos, 2016), a raíz de ser miembro fundador de la ONU Organización de Naciones Unidas, las cuales se vuelven ineficaces por su naturaleza ya que es declarativa mas no vinculante ni imperativa, es decir, los países que declaran no se encuentran obligados a crear mecanismos jurídicos para dar validez y generar efectos de los derechos declarados. Sin embargo, se ha incorporado avances a través del Ministerio de Educación y el Ministerio de salud en cuanto a la creación de las Caip's, desarrolladas líneas abajo.

Todo lo expuesto tiene también un factor no menos importante en cuanto a la adhesión al tratamiento con relación a su educación: el lugar de procedencia del paciente:

Número de pacientes por procedencia		
Procedencia	No. de pacientes	%
Ciudad de El Alto	926	41,1%
Ciudad de La Paz	785	34,9%
Otros departamentos	43	1,9%
Provincias	127	5,6%
Extranjeros	4	0,2%
No Registrados	367	16,3%
TOTAL	2252	100,0%

Cuadro .1.4: Número de pacientes por procedencia.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Quemado F. p., 2012)

Donde se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes con quemaduras provienen del Alto y de las provincias, esto dificulta la asistencia a su rehabilitación por el largo camino que deben recorrer y el coste que implica para llegar al Centro de Rehabilitación, este factor demuestra que la Unidad Educativa de origen es alejada del centro donde se recibe el tratamiento.

DISCUSION	
Numero de pacientes.	
• 1139 casos	Año 2011
• 1113 casos	Año 2012
• Un promedio anual de	1120 casos año
• Hipótesis:	
• 615 pctes. en 29 C.S=21 pctes.x C:S.	
• En 206 C.S. podrían ser 4326 pacientes.	
• Sumando a los 715 ambulatorios y 882 hospitalizados (cifras confiables) podríamos suponer tentativamente 5.923 casos/año	

Cuadro .1.5: Número de casos por año.

Fuente: SNIS, Informe Cerequem. (Quemado F. p., 2012)

El cuadro N° 1.5 es de suma importancia, arrojan datos de la cantidad de pacientes estimados por año que asciende a casi 6000 casos, estas cifras tienden a ser proyectables en los siguientes años hasta llegar al año en curso.

Ahora bien, según el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia INE por la última encuesta en hogares realizada en Bolivia, la tasa de deserción escolar ha disminuido considerablemente en los últimos años de 1,8 puntos porcentuales y para la población que no tiene ningún tipo de instrucción, de 0,2 puntos porcentuales en los últimos 10 años. A continuación vemos el cuadro 1.6 de los dos últimos años en los que se tiene cifras porcentuales.

BOLIVIA: TASA DE ASISTENCIA DE LA POBLACIÓN ENTRE 6 Y 19 AÑOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2018 - 2019						
DEPARTAMENTO	2018			2019		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
BOLIVIA	93,17	93,95	92,35	92,45	92,56	92,33
Chuquisaca	93,14	91,12	95,33	88,80	91,27	86,49
La Paz	94,67	96,42	92,75	94,49	94,97	94,02
Cochabamba	93,03	93,11	92,94	93,78	94,28	93,24
Oruro	96,16	97,08	95,29	93,72	95,43	91,92
Potosí	93,76	96,82	90,20	93,31	95,05	91,58
Tarija	89,30	88,59	89,93	91,98	89,26	95,02
Santa Cruz	91,94	91,93	91,95	90,66	89,77	91,65
Beni	93,02	95,92	89,96	91,66	91,34	91,94
Pando	93,26	93,43	93,06	90,11	90,37	89,86

Cuadro .1.6: Tasa de asistencia
Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta de Hogares

Si bien la tasa de deserción escolar ha bajado, no se tiene datos estadísticos a nivel nacional sobre la tasa de asistencia o no a tratamientos médicos de rehabilitación, esto solo se pudo conseguir por medio de los datos proporcionados, en este caso, por el Cerequem, mismos que se reflejan en la figura 1.1 y figura 1.2.

3.3.1 Análisis Cualitativo de la Entrevista Realizada

La entrevista realizada a padres o tutores de pacientes secueledos estuvo guiada hacia dos objetivos fundamentales: los factores que derivan en la necesidad de inclusión de la pedagogía hospitalaria dentro de la normativa boliviana que responda a la realidad de niños, niñas y adolescentes secueledos en proceso de rehabilitación y cómo se desarrolla en la actualidad la continuidad educativa de los niños, niñas y adolescentes secueledos frente a su adhesión al tratamiento. Que posteriormente servirían para obtener los datos a través de categorías: objetivos generales, basados en la obtención de información sobre la participación del paciente en edad escolar tanto a su asistencia a su unidad educativa como al centro de salud donde tiene sesiones de rehabilitación, experiencias; un objetivo más específico, en cuanto a situaciones con la Unidad Educativa respecto a los permisos otorgados para que el paciente falte a sus clases en el contexto de su rehabilitación física. Con el fin de llegar a obtener información sobre estos dos objetivos, se realizaron preguntas directas. Las entrevistas fueron orales, transcritas y no grabadas, ya que al ser una entrevista no personal, no se pudo obtener un permiso firmado por el entrevistado para poder exponer su caso particular así como la historia clínica del paciente.

En cuanto al análisis cualitativo de la entrevista que fue estructurada fue sencillo analizar los datos obtenidos ya que la entrevista está transcrita. El tamaño de la muestra fue de un total de 50 entrevistas con un nivel de confianza del 80 por ciento.

En el resultado de entrevistas a los padres o tutores de pacientes de dicho centro hospitalario, la figura muestra toda la información resumida sobre entrevistas

realizadas a los padres o tutores de pacientes secueledos del Cerequem en etapa escolar; con respecto a lo que nos interesa para este trabajo se evidencia que los datos lanzados por dichas entrevistas refleja que el total de los padres y tutores entrevistados afirman que el paciente asiste a una Unidad Educativa del sistema regular con regularidad a todas las materias, es decir, no son considerados como personas con discapacidad suficiente como para asistir a una educación alternativa o especial; Con respecto a los permisos de faltar a la unidad Educativa de origen para acudir al tratamiento de rehabilitación el 40 por ciento dijo que solo les permiten asistir bajo una justificación escrita y dada por el centro de rehabilitación y un 60 por ciento dijeron que no aceptan más de dos faltas al mes aunque estas sean debidamente justificadas, del total de entrevistados ninguno indico que se le permitía la tolerancia de dos veces por semana (que es lo óptimo y recomendado - siempre bajo el criterio profesional del personal de salud tratante- por lo menos los primeros tres meses de tratamiento de rehabilitación, sin contar con el número de cirugías y bajas médicas por el que transitara el paciente); por último la prioridad para los tutores o padres le dan al tratamiento médico de rehabilitación frente a la asistencia del paciente a su Unidad educativa es considerablemente mayor al elegir la asistencia a su centro educativo frente a la asistencia al centro de rehabilitación y un mínimo de respuestas que les es indistinto o no sabían responder.

Estos datos reflejan la compleja realidad a la que se enfrentan los padres de familia o tutores frente a la adhesión al tratamiento del paciente secueledo pues en su mayoría por temor a la deserción escolar o bajo rendimiento académico dejan de asistir al tratamiento médico.

3.4 CAIP'S Centros de Apoyo Integral Pedagógico

En Bolivia, la realidad descrita líneas arriba ha llevado a crear en el año 2012 los Centros de Apoyo Integral Pedagógico (CAIP's) en cumplimiento a los mandatos de la Constitución Política del Estado y los preceptos de la Ley de Educación "Avelino Siñani - Elizardo Pérez", el Ministerio de Educación ha asumido la responsabilidad de implementar políticas y programas de educación inclusiva, con igualdad de oportunidades y equiparación de condiciones, que contribuyan a la erradicación de toda forma de violencia mediante la puesta en marcha y consolidación de los Centros de Apoyo Integral Pedagógico (CAIP) orientados a hijos, hijas y dependientes de personas privadas de libertad que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y desventaja social.

Es importante resaltar que las CAIP's son creadas a través de convenios Intergubernativos e interministeriales y solo tienen una vigencia de dos años con renovación constante. No se encuentran incluidos formalmente en la normativa boliviana.

TÍTULO IV

Marco Jurídico

Dentro el marco jurídico de la investigación, se analiza las diferentes disposiciones que atañen al tema de estudio que se clasifican en dos grupos: el primero con las normas nacionales empezando por un análisis de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de donde nacen las demás normativas vigentes en el Estado, y el segundo grupo: Las Normas supraestatales o internacionales, donde se analizan minuciosamente Resoluciones emitidas por Organizaciones Internacionales a través de Foros, conferencias y declaraciones, muchas a las cuales el Estado Boliviano está suscrito o adherido.

Se tienen también en cuenta algunos preceptos, que son la fundamentación jurídica de la necesidad de incorporar el concepto de pedagogía hospitalaria junto con el de Aula Hospitalaria dentro de la normativa boliviana a objeto de analizar la interacción de la ley 070 Avelino Siñani – Elizardo Pérez con las disposiciones normativas sobre el acceso a la salud en el proceso escolar y de frente a la rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes, respectivamente, en situación de enfermedad crónica, hospitalización y en el caso específico de investigación, de los niños y adolescentes secuestrados.

4.1 Normas Nacionales

4.1.1 *Constitución Política Del Estado Plurinacional De Bolivia*

La normativa boliviana en la actual Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia promulgada el 7 de febrero del 2009, dentro de sus principios constitucionales máximos el garantizar la salud y la educación como bienes primordiales jurídicamente protegidos para todos los ciudadanos. Esto se ve plasmado en los siguientes artículos de la Ley Suprema:

Artículo 9. “Garantizar el acceso a la educación, la salud y el trabajo”.
(BOLIVIA, 2009)

Nuestra actual Constitución respalda el que todos los ciudadanos tengan acceso a lo que se denominan bienes jurídicamente protegidos más valiosos, a la educación y la salud, es así como sostiene la responsabilidad de garantizar los mismos.

Art. 17 “Toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación”. (BOLIVIA, 2009)

Dentro de los bienes jurídicamente protegidos, se encuentra resaltado en varias ocasiones a lo largo de la redacción de la Constitución, el garantizar el acceso a la educación; esto quiere decir que en ningún momento debe aplicarse un filtro que discrimine este derecho.

También se hace mención de que el acceso debe ser universal, gratuito, integral e intercultural que está garantizado por el Estado.

En el caso de la aplicación de este artículo junto con disposiciones de menor jerarquía, existen carencias de homogenización de este acceso, en cuanto a los secuestrados, por ejemplo, no existe un protocolo específico que garantice su continuidad académica.

Art. 18 I. “Todas las personas tienen derecho a la salud”.

II.”El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso a la salud integral, de manera universal sin discriminación, lo que deriva en la presente investigación.

Los siguientes artículos son complementarios entre sí al versar sobre el tema específico de la educación y su promoción:

Art 77 Parágrafo I dispone que: “la educación constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, que tiene la obligación indeclinable de sostenerla, garantizarla y gestionarla”.

Art 85 “El estado promoverá y garantizará la educación permanente de niñas, niños y adolescentes con discapacidad o con talentos extraordinarios”.

En estas disposiciones de la Constitución ingresa el concepto de responsabilidad financiera, de esta manera, incorporar en la normativa boliviana una reglamentación en la que el Estado se comprometa, también, a la construcción y

obtención de los espacios y personal capacitado necesario para las aulas pedagógicas hospitalarias bajo financiación Estatal, es perfectamente constitucional y viable.

Dentro de ésta inquietud, según la página oficial del Ministerio de Educación, se implementa a través del Ministerio de Educación (contemplando las necesidades integrales de los alumnos/pacientes) los Programas de Centro de Apoyo Integral Pedagógico - Aulas hospitalarias CAIP-AH por sus siglas, creados en 2019, al interior de algunos centros hospitalarios en el país. Estos programas se ejecutan en el marco de *convenios intergubernativos* que se adaptan a peticiones circunstanciales y no así a una normativa específica que le brinde la merecida formalidad. En la ciudad de La Paz se aplica en el Hospital del niño para pacientes internados, que es un precedente importante y de alcance limitado.

4.1.2 Ley General Para Personas Con Discapacidad LEY N° 223

Promulgada el 2 de marzo de 2012, tiene los siguientes artículos relevantes para el desarrollo de la investigación:

El Artículo 10 de la ley N° 223, determina que el Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso y permanencia de estudiantes con discapacidad en el Sistema Educativo Plurinacional, en el marco de la educación inclusiva e integral.

(Página siete , 2014) En éste punto es relevante resaltar las consideraciones al respecto, en específico, a los pacientes de rehabilitación en quemaduras atendidos en el Cerequem ya que muchos de ellos están en edad escolar y no cuentan con el carnet de discapacidad porque para acceder al mismo, se debe cumplir una serie de requisitos determinados bajo parámetros establecidos por el Ministerio de Salud, traducidos en un

puntaje que determinará la levedad o gravedad de la discapacidad; por ejemplo, es leve si la persona tiene un dedo amputado y este no le impide realizar actividades y no recibirá el carnet de discapacidad; es considerado moderado si demuestra entre un 30 y 49 % de discapacidad, con un 50% son considerados dentro del rango de discapacidad grave y las muy graves se valoran según la afección en funciones cerebrales .

Como resultado de estas valoraciones de acuerdo con el Sistema de Información del Registro Único de Personas con Discapacidad, del total de personas registradas, 32.930 tienen un grado de discapacidad grave, 18.163 un grado moderado, 13.132 son catalogados como muy graves y 3.687 como leves.” (Bolivia, 2017).

Es así que el Estado a través de la Jefatura de Unidad de Discapacidad del Ministerio de Salud interactuando con la **Ley 475** del 30 de diciembre del 2013, sobre prestaciones de servicios de salud integral que brinda un parámetro de evaluación para identificar el grado de discapacidad del paciente, en los mencionados parámetros, no considera a los secuelados como personas con discapacidad ya que cuentan con sus facultades mentales estables y sus facultades físicas y fisiológicas son valoradas en bajo puntaje, por lo tanto, respondiendo a las valoraciones, los pacientes secuelados son tomados en cuenta dentro del sistema regular de educación sin considerar sus limitaciones tanto en rendimiento académico como en asistencia.

4.1.3 Ley 070 Avelino Siñani- Elizardo Pérez de 20 de diciembre de 2010

El numeral 7 del Artículo 3 de la Ley N° 070, señala como una de las bases en las que se fundamenta la educación, ser inclusiva, asumiendo la diversidad de los grupos poblacionales y personas que habitan el país, ofrece una educación oportuna

y pertinente a las necesidades, expectativas e intereses de todas y todos los habitantes del Estado Plurinacional, con igualdad de oportunidades y equiparación de condiciones, sin discriminación alguna.

Según el numeral 14 del Artículo 5 de la Ley N° 070, establece como uno de los objetivos de la educación, desarrollar políticas educativas que promuevan el acceso y la permanencia de personas con necesidades educativas asociadas a discapacidad en el sistema educativo y sensibilizar a la sociedad sobre su atención integral, sin discriminación alguna.

La actual ley 070, habla sobre igualdad de oportunidades y educación para todos, el acceso a la educación esta así garantizada por la Constitución política del estado plurinacional de Bolivia y por su ley específica, sin embargo, la falta de una reglamentación que en primer lugar incluya la pedagogía hospitalaria dentro de sus normas y seguido a eso se realice la respectiva reglamentación del cómo funcionarían las aulas hospitalarias y la obligatoriedad de las Unidades educativas a colaborar y coordinar directamente los avances curriculares con dichos centros especializados, se hace notorio.

4.1.4 Ley 548 Código Niño Niña Adolescente Del 17 De Julio De 2014

La ley 548 Código Niño Niña y Adolescente para garantizar el ejercicio pleno de los derechos constitucionales de los niños niñas y adolescentes teniendo como principios el interés superior y la prioridad absoluta, entendiéndose por estos a toda situación que favorezca el desarrollo integral y el goce de sus derechos y garantías, además de ser objetos de preferente atención y protección en la formulación y ejecución de políticas públicas.

Lo descrito se ve reflejado en el primer artículo del mencionado código, que indica:

ARTÍCULO 1. (OBJETO). El presente Código tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, para la garantía de esos derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad.

ARTICULO 5° (GARANTÍAS).- Los niños, niñas y adolescentes, como sujetos de derecho, gozan de todos los derechos fundamentales y garantías constitucionales inherentes a toda persona, sin perjuicio de la protección integral que instituye este Código. Además, es obligación del Estado asegurarles por Ley o por otros medios, todas las oportunidades y facilidades tanto a mujeres como a varones, con el fin de garantizarles su desarrollo integral en condiciones de igualdad y equidad.

Sobre las garantías que ofrece el código niño niña y adolescente se ve reflejado y en concordancia con los artículos: 7°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16° de la Constitución Política del Estado plurinacional de Bolivia

ARTICULO 20° (DISCAPACIDAD).- Todo niño, niña o adolescente con discapacidad física, mental, psíquica o sensorial, además de los derechos reconocidos, tiene derecho a: 1. Recibir cuidados y atención especial adecuados, inmediatos y continuos que le permitan valerse por Si mismo, participar activamente en la comunidad y disfrutar de una vida plena en condiciones de dignidad e igualdad; 2. La prevención, protección, educación, rehabilitación y a la equiparación de oportunidades, sin discriminación, dentro de los principios de universalidad, normalización y democratización.

El artículo 20 del código Nino Niña y adolescente esta en concordancia con el artículo 1150 inciso 3 de dicho cuerpo legal.

ARTICULO 21° (ACCIÓN ESTATAL).- Para garantizar el cumplimiento de lo previsto en el artículo precedente, el Estado a través del Poder Ejecutivo debe desarrollar y coordinar programas de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación para niños, niñas y adolescentes con discapacidad; con este fin creará y fomentará instituciones y centros especializados de atención y cuidado gratuito.

TITULO V DERECHO A LA EDUCACIÓN, A LA CULTURA Y AL ESPARCIMIENTO CAPITULO I DERECHO A LA EDUCACIÓN ARTICULO 112° (EDUCACIÓN). El niño, niña y adolescente tienen derecho a una educación que les permita el desarrollo integral de su persona, les prepare para el ejercicio de la ciudadanía y cualifique para el trabajo, asegurándoles: 1. La igualdad de condiciones para el acceso y permanencia en la escuela; 2. El derecho a ser respetado por sus educadores; 3. El derecho a impugnar criterios de evaluación, pudiendo recurrir a las instancias escolares superiores; 4. El derecho de organización y participación en entidades estudiantiles; 5. El acceso en igualdad de posibilidades a becas de estudio; 6. La opción de estudiar en la escuela más próxima a su vivienda; 7. Derecho a participar activamente como representante o representado en la junta escolar que le corresponda; 8. Derecho a su seguridad física en el establecimiento escolar.

Dicho artículo en concordancia con el artículo 177 de la Constitución Política del Estado y al artículo 137 del Código niño niña y adolescente.

ARTICULO 115° (DEBER DEL ESTADO).- El Estado tiene el deber de asegurar a todo niño, niña y adolescente: 1. La educación primaria obligatoria y gratuita, inclusive para aquellos

que no tuvieron acceso a ella en la edad adecuada, asegurando su escolarización, especialmente en el área rural; 2. La progresiva ampliación gratuita de la cobertura en la educación secundaria; 3. La enseñanza especial integrada, dentro de la modalidad regular, para niños, niñas y adolescentes con dificultades especiales de aprendizaje; 4. La creación, atención y mantenimiento de centros de educación pre-escolar necesarios y suficientes para atender los requerimientos de niños y niñas de cuatro a seis años de edad; 5. La posibilidad de acceso a los niveles más elevados de enseñanza, investigación y creación artística en igualdad de condiciones; 6. La oferta de enseñanza regular, adecuada a las condiciones del adolescente trabajador, otorgándole facilidades para su ingreso al sistema educativo; 7. La atención del educando en la enseñanza primaria a través de programas complementarios dotándole de material didáctico escolar, transporte, alimentación y asistencia médica; 8. La asistencia regular de niños, niñas y adolescentes a la escuela, a través de los órganos correspondientes y junto a los padres o responsables; 9. Adoptar mecanismos efectivos para evitar la deserción escolar.

4.1.5 Decreto Supremo N.2950 del 14 de octubre de 2016

Este decreto tiene por objeto incentivar a maestras y maestros que participen activamente en la contribución del mejoramiento de la educación socio-comunitaria en casa para personas con discapacidad. Los incentivos se relacionan con el escalafón nacional. El Estado a través de este decreto pone en conocimiento la preocupación por el desarrollo académico de todos los ciudadanos y su intención de ser inclusivo, sin embargo, al momento de querer acceder a este beneficio por parte de los pacientes secuestrados, se consideran otros parámetros que obstaculizan su acceso al beneficio de este Decreto.

Sin embargo, se tomó como referencia para el presente trabajo, como dato para una posterior modificación del mismo –como sugerencia- para ampliar los alcances del mismo a los profesores que participen de las aulas hospitalarias.

4.2 Normas Supraestatales

4.2.1 *Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la salud OPS*

La Primera Conferencia Internacional Americana efectuada en Washington, D.C., que duró del 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, dio un impulso extraordinario al panamericanismo. En la sesión del 7 de diciembre de 1889 sus delegados aprobaron la creación de la X Comisión, compuesta por siete miembros de cinco países (Brasil, Estados Unidos, Nicaragua, Perú y Venezuela), “para tomar en consideración e informar sobre los nuevos métodos de establecer y mantener reglamentos sanitarios en el comercio entre los varios países representados en la Conferencia”. La X Comisión dictaminó y la Conferencia recomendó a las repúblicas americanas que adoptaran la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro de 1887 o el texto de la Convención Sanitaria del Congreso de Lima de 1888.

Con el antecedente histórico de estos convenios sanitarios internacionales, el X Comité, el de la Política Sanitaria Internacional, de la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos (ciudad de México, 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902) presentó un informe en enero de 1902, el cual fue aprobado y en el que se recomendaba que la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos) convocara a una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas de América para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar

periódicamente convenciones de salud. La convención general también debería designar una junta ejecutiva permanente que se denominaría la Oficina Sanitaria Internacional, que tendría su sede en Washington, D.C.

4.2.2 La declaración de Ginebra (1924)

Llamada comúnmente “primera carta sobre los derechos de la infancia” lleva en su interior la primera semilla sobre los derechos de los niños, es un escrito sencillo corto y bello, desarrollado por su autora Eglantyne Jebb quien creció en una familia acomodada, su padre era Abogado y su madre realizaba actividades en las que incluía a mujeres y niños en capacitaciones propias de la época.

Después de la guerra de los Balcanes en 1913, se la invita a trasladarse a Londres donde entrega una ayuda monetaria, ella graduada de historia, contemplo los horrores de la guerra y quedó impactada por los miles de refugiados de la guerra, las filas inmensas de niños esperando por un plato de comida.

En 1914 estalló la primera guerra mundial, la hermana menor de Jebb se interesa también por la situación de los niños, es así que a pesar del bloqueo por el que pasa la región, viajan por toda Inglaterra en busca de ayuda gubernamental, pero la acción del gobierno es lenta, es necesaria una Fundación para salvar a los niños, es así que crea en abril de 1919 la “Save the Children Fundation” y posteriormente en 1920 se crea la “Save the Children International Union” desarrollando grandes proyectos de recaudación y propaganda sobre el tema que le preocupa.

Eglantyne Jebb nos dejó su legado más perdurable, escribiendo el preámbulo, un breve enunciado de cuatro principios generales y veintiocho cláusulas. No se

trataba de un llamado a la acción, ahora se hablaba de derechos, pero dado los esfuerzos por Jebb, dicha carta fue pasada por varios filtros hasta llegar a lo que hoy se conoce como Declaración de Ginebra.

Cuando, el 28 de febrero de 1924, el texto de la Declaración, en su original francés, fue solemnemente depositado en los archivos de la República y Cantón de Ginebra, se dijo: “Sin duda, esta declaración no es un instrumento diplomático; no compromete a los gobiernos ni a los estados. Es un acto de fe. Expresa una esperanza. Quiere unir en un mismo pensamiento, en una sola confianza, a los hombres y mujeres de todas las naciones”.

En su versión original contó con 5 artículos, que estaban escritos de manera clara y sencilla sin ánimo de ser considerados un fundamento legal, para interés de la presente investigación se plasma el quinto artículo de esa carta en forma literal:

5. El niño debe ser educado en el sentimiento de que tendrá que poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos.

Posteriormente en 1934 la Asamblea General de Naciones, aprobó el nuevo texto de la declaración de Ginebra en el cual 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.

Principios que fueron base sobre la que se desarrollaron futuras convenciones y tratados.

4.2.3 *Declaración de Alma Ata (1978)*

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema

nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII La atención primaria de salud es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

1. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

2. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

3. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

4. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

5. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

6. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud

como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos

multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

4.2.4 Carta europea de los Derechos Del Niño Hospitalizado (1986)

Artículo 7. Los niños tendrán oportunidad plena para el juego, la recreación y la educación ajustada a su edad y condición, y estarán en un ambiente diseñado, amoblado y equipado para satisfacer sus necesidades.

Artículo 17. 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.

Artículo 18. 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. Extracto de la Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo.

4.2.5 Convención Sobre Los Derechos Del Niño (1989)

(Rosas, 2016) La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) 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.

4.2.6 *Declaración De Ottawa (1998)*

Establece algunos aspectos fundamentales sobre los derechos de los niños que reciben atención médica; entre ellos, retoma el “principio del interés superior del niño“, considerando indispensable la posibilidad de recibir atención y cuidados por parte de personal capacitado que logre responder a las necesidades de desarrollo del niño y de su familia; y destaca de entre estas necesidades a la educación.

4.2.7 *Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad*

Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, y conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad
Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que: a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y

otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta; -16- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 24. Educación 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y -19- sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a: a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre. 2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que: a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad; b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan; c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales; d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva; e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que

fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión. 3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;

b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;

c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordo ciegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25. Salud Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre

e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26. Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

4.2.8 REDLACEH

La Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en tratamiento por sus siglas en inglés REDLACEH, es una organización que trabaja en colaboración con la HOPE y la OMEEDI (Organización mundial de educación, estimulación y desarrollo infantil), entre otras. Entre sus principales objetivos están el promover la atención multidisciplinaria y el desarrollo de la enseñanza en el ámbito hospitalario, promover la investigación y favorecer el intercambio, la reflexión y el debate en los países de la región.

4.2.9 *Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado y/o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la Educación*

La REDLACEH firmó en septiembre de 2009, en Río de Janeiro, el siguiente acuerdo:

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 12 puntos:

1. Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento.
2. Derecho a que los países establezcan y desarrollen la normativa necesaria para hacer efectiva la atención educativa, implementando las políticas pertinentes al efecto.
3. Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atiendan sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud.
4. Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit.
5. Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares adecuados, accesibles, debidamente implementados, que respondan a las tendencias educativas vigentes.
6. Derecho a recibir educación en el lugar donde este se encuentre, cuando no sea posible su traslado **al Aula y/o Escuela Hospitalaria.**

7. Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su condición de salud lo justifique.

8. Derecho a que su familia sea informada de la existencia de las Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias y de su posibilidad de continuar su proceso de aprendizaje.

9. Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad del retorno a este una vez recuperada la salud.

10. Derecho a recibir la visita de sus compañeros de curso y de establecimiento educacional de origen, para mantener su pertenencia y su vinculación con su establecimiento educacional de origen.

11. Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio sean reconocidos por los organismos públicos educacionales y posibiliten la promoción escolar.

12. Derecho a que los adultos no interpongan ningún tipo de interés o conveniencia personal, sea político, religioso, social, económico, o de cualquier naturaleza, que impidan, perturben, menoscaben u obstaculicen su legítimo acceso a la educación durante su hospitalización o tratamiento médico ambulatorio.

4.2.10 Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas

Celebrada en septiembre de 2000, donde Bolivia también es un país firmante de los compromisos hechos con 8 puntos a desarrollarse hasta el 2015, en el 2do punto de dicha cumbre se quería lograr la enseñanza primaria universal, pero, según los

reportes del sistema de información de educación, los niveles de cobertura de alumnos inscritos en el nivel primario se han estancado en tasas de 80%, nivel inclusive más bajo al alcanzado en la década anterior, cuando se llegó a 90%. Respecto de la culminación del nivel primario, en la gestión 2011 se logró elevar la tasa a 90%; hasta el 2010, la tasa de término de primaria era de 77%. (El Diario, 2012).

4.3 Normativas Internacionales Relativas A La Pedagogía Hospitalaria

La importancia de legislar y dar reconocimiento jurídico a las prácticas pedagógicas hospitalarias, se pueden ver reflejados en países como:

España que en 1982 promulgo la ley N°13 de Integración social del minusválido, cuyo artículo más relevante para el presente trabajo será transcrito:

“Art.29 Todos los hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean de la administración del Estado, de los organismos Autónomos o de las Corporaciones locales, así como de los hospitales privados que regularmente ocupen, cuanto menos, la mitad de sus camas con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonados con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos de edad escolar, internados en dichos hospitales.” Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. Sección tercera. De la educación.

Chile, una vez más como referente sobre pedagogía hospitalaria e implementación de programas de educación o aulas hospitalarias en el año 1998

aprueba el Decreto Ley N° 374 modificando el Decreto Supremo en educación N°1 de 1998, agregando un título V con artículos del 25 al 29, donde habla de la educación de los niños y niñas en edad escolar con proceso de rehabilitación médico- funcional internados en establecimientos hospitalarios.

Chile es el país de América Latina más desarrollado en la aceptación del derecho a la educación hospitalaria. En el año 2008, la Fundación Carolina Labra Riquelme impulsó esta forma de educación y consiguió que el trabajo educativo que realizaban con los niños, niñas y adolescentes hospitalizados sea convalidado en las escuelas luego de que ellos terminaran su estancia en el hospital, lo que les ha permitido a estos niños reingresar a la escuela sin problemas.

Incluso, se establece por ley (Ley N° 20.201/07) que "a los alumnos y alumnas del sistema educativo de enseñanza pre básica, básica o media que padezcan de patologías o condiciones médico-funcionales que requieran permanecer internados en centros especializados o en el lugar que el médico tratante determine o que estén en tratamiento médico ambulatorio, el Ministerio de Educación les proporcionará la correspondiente atención escolar en el lugar que por prescripción médica deban permanecer".

Argentina, el Ministerio de Educación de Argentina en su modalidad de educación domiciliaria y hospitalaria de la Ley Nacional N°26.206 del año 2006, contempla:

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.

Cabe recalcar que a pesar de los grandes avances realizados por los diferentes países de la región, sobre todo Chile, aun no se han logrado desarrollar protocolos de reinserción que sean efectivos y den cuenta de los procesos de avance del estudiante, por una parte porque la legislación al respecto no es clara es decir no obliga a la escuela de origen a colaborar con el proceso de reinserción del niño en situación de enfermedad y por otra parte porque existe desconocimiento sobre las escuelas hospitalarias y sobre la atención de un niño en situación de enfermedad.

El concepto jurídico de las Aulas Hospitalarias argentinas, denominadas actualmente como «Escuelas Hospitalarias», se produce el 19 de septiembre de 1946 con carácter de sector innovador en la totalidad del contexto latinoamericano. Argentina fue país pionero en la consideración y reconocimiento públicos de este régimen de enseñanza, hoy denominado por la normativa vigente como modalidad educativa. Sin embargo, el país ya había desarrollado otras acciones pioneras en el mundo de la educación especial, como la creación de las primeras Escuelas para personas con sordera en América Latina y algunas de las primeras en todo el continente americano, en la década de 1870. Las Escuelas Hospitalarias se encuadraron a su vez con la irrupción en la escena política nacional del peronismo, que dio lugar a una

demarcación social, política y también pedagógica durante el siglo XX y que tiene proyecto en la historia política actual del país. (Romero, 2012)

La aparición de la Escuela Hospitalaria se debe al Dr. Ricardo Gutiérrez, Director del Hospital de Niños, el 1 de abril del año 1922, quien trabajó en las décadas de 1910 y 1920 en instituciones hospitalarias nacionales (Gallardo y Tayara, 2009a). Debido a las largas internaciones que había en el servicio de Traumatología (que se prolongaban por meses), un médico de sala solicitó maestras o voluntarios para ocupar del tiempo libre de los pacientes ingresados. Más tarde, se consideró que no solamente era para aquello sino que también se podía introducir actividades propias de la educación formal. A partir de entonces lo que eran maestras voluntarias pasaron a ser maestras contratadas. A dicha experiencia se le llamó la Escuela ambulante del Hospital Durand. En la época del Gobierno de Juan Domingo Perón, en 1946, a partir de todas las demandas y los resultados que se estaban viviendo en la experiencia escolar que se había establecido, por un Decreto del poder ejecutivo, se oficializa y se crea la primera escuela hospitalaria.

Perú, Hasta el año 2020 el Estado peruano no apoya ni reconoce la pedagogía hospitalaria. No se promueve la formación de docentes especializados en educación hospitalaria. "El Ministerio de Educación no ha autorizado ni presentado la especialidad de educación hospitalaria a nivel de las carreras técnicas o universitarias", admite Manuel Zúñiga, técnico de la Dirección General de Educación Superior y Técnico-Profesional de este ministerio.

El Servicio Educativo Hospitalario (SEHO) del Ministerio de Educación desde el 2018 busca contribuir en el bienestar del estudiante-paciente de la educación básica hospitalizado o

en tratamiento ambulatorio, a través del desarrollo de actividades pedagógicas y el soporte socioemocional a fin de garantizar la continuidad del proceso educativo para su posterior reincorporación y convalidación de aprendizajes en la institución o programa educativo donde se encuentra matriculado.

La convalidación como un reconocimiento oficial realizado por la institución educativa de origen al aprendizaje obtenido a través del SEHO es un punto importante que recalca la Ley N° 30772, porque antes de ello hay una orientación superficial hacia la convalidación al sugerir que la evaluación tiene un carácter compensatorio.

Ecuador, El Programa Educativo Hospitalario y Domiciliario fue establecido en respuesta al Decreto Ministerial N ° 456 del 21 de septiembre de 2006, con el objetivo de cumplir el derecho de todo niño, adolescente y adulto a continuar su educación y recibir una calidad y comodidad en educación, incluso en tiempos de enfermedad, hospitalización o internamiento.

TITULO V

Marco Metodológico

5.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca dentro del diseño metodológico con enfoque cualitativo-no experimental de tipo descriptivo por la naturaleza de fenómeno social del objeto de investigación.

Al tratarse de un documento de investigación científica de tipo monográfico, no contempla mayores alcances en proposiciones o la entrega de un producto final; la recolección de datos se halla limitada por el mismo estilo, sin embargo, es de contenido sustancioso. En ese sentido, el presente trabajo pretende dar lugar a futuras investigaciones que deriven en la elaboración de un reglamento complementario a la Ley 070 Avelino Siñani – Elizardo Pérez o en su defecto en un proyecto de ley que contemple las necesidades de las personas que lo requiera y en el mejor de los casos que se amplíe la aplicación de la pedagogía hospitalaria a nivel nacional a través de su respectiva reglamentación.

5.2 Métodos Y Técnicas De La Investigación

5.2.1 Método General

En el proceso de la investigación se utilizó en lo general, el método de análisis para ir de lo general a lo específico con el fin de responder de manera coherente las interrogantes particulares.

Se trata el tema de la Pedagogía hospitalaria como el concepto neurálgico del que se desprenden conceptos interdependientes con el mismo, como ser aulas

hospitalarias, reglamentación hospitalaria, programas de pedagogía hospitalaria, etc. que han sido desarrollados en el Marco conceptual de manera minuciosa.

5.2.2 Métodos Específicos

5.2.2.1 Método Descriptivo

Se ha explicado anteriormente que el método utilizado en lo general es el de análisis partiendo del concepto de Pedagogía hospitalaria y en lo particular o método específico se ha utilizado el método descriptivo. Entonces la presente investigación se enmarca dentro del método analítico- descriptivo.

5.2.2.2 Método Comparativo

(Sartori, 1984) El método comparativo tiene como objetivo la búsqueda de similitudes y disimilitudes. Dado que la comparación se basa en el criterio de homogeneidad; siendo la identidad de clase el elemento que legitima la comparación, se compara entonces lo que pertenece al mismo género o especie. Las disimilaridades se presentan como lo que diferencia a la especie de su género, y esto no es lo mismo que señalar las variaciones internas de una misma clase; por lo cual se requiere de un trabajo sistemático y riguroso que implique la definición previa de las propiedades y los atributos posibles de ser comparados.

El método comparativo se ha aplicado junto con la técnica de recolección de datos de las diferentes legislaciones internacionales y como una manera de organización de dicha información para su posterior análisis.

5.2.2.3 Método De Las Construcciones De Instituciones

Se utilizará el método de las construcciones de Instituciones ya que se pretende proponer la incorporación de la figura jurídica de la pedagogía hospitalaria a través de una incorporación a la ley N° 070 Avelino Siñani - Elizardo Pérez.

5.3 Técnicas De Investigación

Para la presente investigación se emplearán las siguientes técnicas:

- Recopilación y revisión de datos bibliográficos que han seguido diferentes filtros de selección.
- Observación del entorno del Centro de Rehabilitación del Quemado.
- Observación del comportamiento de un segmento de los pacientes del Centro de Rehabilitación del Quemado y su respectiva respuesta al tratamiento.
- Observación del relacionamiento del niño, niña y adolescente con su entorno más cercano.
- Entrevistas a los padres o tutores de donde se recopilen datos respecto a la asistencia a sus Unidades Educativas.

TÍTULO VI

Consideraciones Finales

6.1 Conclusiones

El presente trabajo ha generado un espacio de profunda reflexión sobre una población que es pocas veces considerada dentro de Programas que contribuyan a su desarrollo integral. Como resultado de esa reflexión se ha llegado a concluir que:

- La normativa relacionada al acceso a la educación integral al que todos los ciudadanos tenemos derecho, carece de la interacción con disposiciones del Ministerio de Salud referido a la población de secuestrados.
- Teniendo en cuenta que es una población vulnerable, cuyas circunstancias están previstas de manera dispersa en el ordenamiento jurídico del Estado mas no reglamentadas con claridad en el mismo; se observa a todas luces que existe la necesidad de incorporar una normativa que dé lugar a políticas públicas a ejecutarse interinstitucionalmente a través de acuerdos entre Ministerios.
- En el proceso de comparación con referentes internacionales, se ha encontrado que existe un avance en cuanto a la creación y desarrollo de aulas hospitalarias y su funcionamiento traducido en infraestructura y normativas que amparan su existencia, sin embargo, aún predomina debilidad en la coordinación entre el personal docente de las Unidades Educativas de origen en la atención al alumnado en proceso de rehabilitación. Es entonces que la idea se encuentra óptimamente desarrollada sin salvarse de encontrar obstáculos al momento de su ejecución.

6.2 Recomendaciones

El Estado tiene como función suprema y primera responsabilidad financiera a la educación, es por ello que tiene la obligación de gestionar políticas públicas para la creación de espacios aptos para llegar a la población más vulnerable. Se recomienda la incorporación de la figura jurídica sobre pedagogía hospitalaria y su posterior creación de la reglamentación de aulas hospitalarias y la creación de las mismas que respondan a las necesidades peculiares de los secuestrados con el objetivo de mantener su avance académico en el sistema regular paralelamente a su rehabilitación como dos caminos que se complementen.

Todos estos cambios en la vida social, acarrear nuevos problemas e interrogantes que requieren, desde el ámbito del derecho la elaboración de respuestas adecuadas.

Revisados los cuerpos normativos internacionales como el caso chileno, podemos concluir que, En Chile, la ley de inclusión social de personas con discapacidad establece que se impartirán programas educativos a niños y adolescentes con discapacidad que tengan patologías o problemas médicos funcionales que requieran internación en instalaciones especializadas o en un puesto que determine el médico prescriptor, o que están proporcionando tratamiento ambulatorio a fin de contribuir con la continuidad de estudios y así evitar su desfase y deserción escolar en el marco de la referida ley que promueve el derecho a la educación en igualdad de condiciones y lo que ha llevado también a la creación de aulas hospitalarias las cuales pueden ser dependientes de un establecimiento educacional existente cercano al recinto hospitalario en el que se trate, previa aprobación de un proyecto

complementario del proyecto educativo institucional, suscripción de un convenio con la autoridad competente o el representante legal del dueño y ampliación del reconocimiento oficial, considerando tal aula como anexo o local complementario.

La creación de cualquier espacio habilitado para contribuir al principio del Vivir Bien se ve reflejado en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley 070 Avelino Siñani y en el ánimo del Decreto Supremo 2950 de 14 de octubre de 2016 que ha sido analizado con anterioridad, que versa sobre incentivos a maestras y maestros siempre que cumplan con la enseñanza domiciliaria a mínimamente dos (2) estudiantes con discapacidad por una gestión educativa. Se propone la ampliación de las consideraciones en el campo de ejecución, para que no se limite a lo domiciliario, sino que incluya a las aulas hospitalarias una vez insertado el concepto de las mismas en la normativa.

La creación de un establecimiento educacional dentro de un recinto hospitalario, en la que los alumnos del establecimiento educacional deberán desarrollar un programa de trabajo que mejore la calidad de vida y la futura reinserción escolar de los mismos. Por su parte la atención escolar en una aula hospitalaria, significará que la alumna o alumno internado por razones de salud en un recinto hospitalario, recibirá el apoyo pedagógico que se requiera, y, dependiendo de la evolución del tratamiento médico podrán realizar además, actividades recreativas, académicas y otras que les permitan la continuidad de estudios en el nivel y curso que les corresponda al ser dados de alta.

El Ministerio de Educación deberá impartir las instrucciones técnico-pedagógicas que permitan aplicar lo anterior, de acuerdo a las circunstancias prácticas que se presenten en su aplicación, en Bolivia tenemos avanzado este tema ya que a través del Ministerio de Educación del estado Plurinacional de Bolivia se realizó la: “Metodología Pedagógica y de Gestión de los Centros de Apoyo Integral Pedagógico CAIP” esto con el objeto de fortalecer el desarrollo de capacidades, cualidades y potencialidades orientadas al desarrollo integral y holístico de la población infantil y adolescente impedida, en este caso en los centros penitenciarios.

6.3 Propuesta

LEY Nro xxxx
LEY DE xxxx DE xxxxx de 2021
LUIS ARCE CATAORA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley.
 EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL, DECRETA:

LEY DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA EN EL MARCO DE LA LEY N° 070
AVELINO SIÑANI DE FECHA xxxxxx

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo a la Constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia en su artículo 77, en sus párrafos I, II y III expresa que, la educación constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, que tiene la obligación indeclinable de sostenerla, garantizarla y gestionarla. El Estado y la sociedad tienen tuición plena sobre el sistema educativo, que comprende la educación regular, la alternativa y especial. El sistema educativo desarrolla sus procesos sobre la base de criterios de armonía y coordinación.

Que la Ley de la Educación N° 070 Avelino Siñani –Elizardo Pérez de 20 de diciembre de 2010, es restrictiva al no contemplar la incorporación de la Pedagogía Hospitalaria.

POR TANTO:

DECRETA: Incorpórese dentro del TÍTULO II CAPITULO II SECCIÓN II de la LEY DE LA EDUCACIÓN N° 070 AVELINO SIÑANI-ELIZARDO PÉREZ, de 20 de diciembre de 2010, a los siguientes artículos:

Modifíquese el artículo 26 con la inclusión e Incorporación a la presente Ley en el referido nivel de la Educación Boliviana la Pedagogía Hospitalaria.

Artículo 26 (Estructura de la educación especial) Son áreas de la educación especial:

- a) Educación para personas con discapacidad
- b) Educación para personas con dificultades en el Aprendizaje
- c) Educación para personas con talento extraordinario.

d) Educación domiciliaria y pedagogía hospitalaria

Modifíquese el artículo 27 párrafo I con la incorporación de Aulas Hospitalarias y aumentese el párrafo IV y V

Artículo 27 (Modalidades y Centros de atención Educativa)

I La Educación Especial se realizará bajo las siguientes modalidades generales en todo el Sistema Educativo Plurinacional, y de manera específica a través de la:

- a) Modalidad directa, para las y los estudiantes con discapacidad que requieren servicios especializados e integrales.

- b) Modalidad indirecta, a través de la inclusión de las personas con discapacidad, personas con dificultades en el aprendizaje y personas con talento extraordinario en el Sistema Educativo Plurinacional, sensibilizando a la comunidad educativa.
- c) *Modalidad educación domiciliaria y hospitalaria*, la educación de los estudiantes hospitalizados estará basada en los componentes del Servicio Educativo Hospitalario, los mismos que regulan el proceso educativo y se encuentran enmarcados dentro del Currículo Nacional de la Educación del sistema regular.

II (...)

III (...)

IV El alumnado hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo. En los establecimientos o aulas escolares hospitalarias podrán matricularse los escolares que estén siendo atendidos en un recinto hospitalario y presenten patologías crónicas o agudas de tratamiento prolongado o patologías leves superables en el mediano plazo, y que requieran hospitalización por períodos de más de 3 meses.

V La División de Educación General del Ministerio de Educación deberá impartir las instrucciones técnico-pedagógicas que permitan aplicar lo anterior, de acuerdo a las circunstancias prácticas que se presenten en su aplicación. Las direcciones Departamentales de educación, en coordinación con Sedes departamentales establecerán Unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias.

Artículo 27 bis. (Convalidación y Reglamentación) Los estudios que realizan los estudiantes hospitalizados o con tratamiento ambulatorio de rehabilitación o que sufren de enfermedades crónicas, bajo el ámbito de la presente ley, serán convalidados de acuerdo a las orientaciones establecidas por el Ministerio de Educación, con un criterio de oportunidad, celeridad y proporcionalidad, por las instituciones educativas públicas y privadas en las que se encuentran como estudiantes regulares, a la culminación del año escolar.

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley, a partir de la publicación de la presente norma.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

ÚNICA. Deróguense todas las normas que se opongan a la presente ley.

Bibliografía

- A. Visalberghi, N. A. (1992). *Historia de la pedagogía*. Turín: Fondo de Cultura Económica.
- Acuña, S. R. (2013). *Modelo de intervencion educativa y administrativa en el ambito hospitalario: el caso de las escuelas de la fundacion Carolina Labra Riquelme*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Ahumada, G. C. (s.f.). La lógica del concepto de pedagogía. *Revista iberoamericana de educación*, 1-1.
- Americanos, O. d. (2016). *Informe Complementario nacional de cumplimiento de la Convencion Interamericana para la Eliminacion de todas las formas de diacriminacion contra personas con discapacidad*. La Paz Bolivia: Ministerio de Presidencia .
- Ariza, L. M. (2014). El Aula Hospitalaria: Una pedagogia en positivo. *Revista educacion y futuro digital N9*, 54-59.
- Ausubel, D. (1960). the use of advance organizers in the learning and retention of meaningful verbal material. *Journal of educational psychology*, 267-272.
- BOLIVIA, E. P. (2009). *CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA* .
- Bove, P. C., Ferreira, M., Monsalve, C., & Riquelme, S. (2016). *REDLACEH: Diez años de trayectoria*. Santiago, Chile: Santillana del Pacífico S.A. de ediciones.
- Centro de Rehabilitacion del Quemado. (2020). *Sistema Nacional de Informacion en Salud (SNIS)*. La Paz.
- CNN. (20 de mayo de 2020). *Aulas hospitalarias piden ayuda al Mineduc ante incierto futuro*. Obtenido de https://www.cnnchile.com/coronavirus/aulas-hospitalarias-apoyo-mineduc_20200504/
- Díaz-Aristizabal, U., Sanz-Victoria, S., Sahonero-Daza, M., Ledesma-Ocampo, S., Cachimuel-Vinueza, M., & Torrico, M. (2012). Reflexiones sobre la Estrategia de rehabilitacion Basada en la Comunidad; la experiencia de un programaRBC en Bolivia. *Ciencia y Salud Colectiva vol. 17*.
- El Diario. (2012). *Bolivia sólo cumplió 3 de 23 metas de los objetivos de desarrollo del milenio*.
- Fundacion pro Centro del Quemado, S. (2019). *Informe Tecnico anual*. La Paz: Cerequem.

- Guillen, M. (2017). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias: Atencion escolar a niños enfermos*. Madrid: MADRID.
- (s.f.). *INFORME COMPLEMENTARIO NACIONAL DE CUMPLIMIENTO DE LA CONVENCION INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CIADDIS) Y DEL PROGRAMA DE ACCION PARA EL DECENIO DE LAS AMERICAS POR LOS DERECHOS*.
- Joaquin, G. C., & Dujo, G. d. (1996). *Teoria de la Educacion*. Salamanca, Espana : Ediciones Salamanca.
- Jose Manuel Munoz Rodriguez. (2011). *Temas Relevantes en Teoria de la Educacion*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Madriz, F. S., Rapalo, R., & Gil, F. (2011). *Fundamentos y desarrollo del pensamiento en educacion* . Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca y autores.
- Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. (19 de Octubre de 2017). www.minsalud.gob.bo. Obtenido de <https://www.minsalud.gob.bo/2805-conozca-los-requisitos-para-acceder-a-la-certificacion-de-persona-con-discapacidad>
- Olga Lizasoain Rumeu, A. P. (1996). *La pedagogia hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagogico innovador*. Barcelona.
- Organizacion Mundial de la Salud OMS. (s.f.). www.who.int. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>.
- Página siete . (30 de Agosto de 2014). www.paginasiete.bo. Obtenido de <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2017/2/20/dirigentes-denuncian-mala-valoracion-grado-discapacidad-para-evitar-pagos-127922.html>
- Palomares-Ruiz, A., Sánchez-Navalón, B., & Garrote-Rojas, D. (2016). Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud vol. 14*.
- Piaget, J. (1950). *Introduccion a la epistemologia y genetica (edicion castellana)*. Mexico: Pia II.
- Quemado, F. p. (2012). *Investigacion Epidemiologica y Asistencial de Quemaduras*. La Paz.

- Quemado, F. p. (2012). *Investigacion Epidemiologica y de los Servicios de Salud*. La Paz.
- Quemado, F. P. (II-2019, I-2020). *Recopilacion de informes mensuales de SNIS*. La Paz: Cerequem.
- Rojano Mercado, J. E. (2008). Conceptos basicos en pedagogia. *Revista Electronica de Humanidades, educacion y comunicacion social REDHECS*, 37.
- Romero, L. A. (2012). *breve Historia Contemporanea de la Argentina*. Buenos Aires - Argentina: Fondo de Cultura Economica de Argentina S.A.
- Rosas, C. E. (2016). Reflexiones sobre la Convencion Internacional de los derechos del Niño. *Revista del Instituto de la Familia*, 65-79.
- Sacristan, G. (2005). *La Educacion obligatoria: su sentido educativo y social*. Madrid: Ediciones Morata SL.
- Sartori, G. (1984). *La politica, lógica y método en las ciencias sociales*. Mexico: Fondo Cultural Económico.
- Velazquez, L. V. (2006). Las enfermedades cronicas y la educacion . *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49.
- Viceministerio de Educacion Superior de Formacion Profesional. (2017). *Gestion y Planificnion Educativa (version preliminar)*.
- Vygotski, L. (1978). *Pensamiento y lenguaje*. Madrid: Paidos.

ANEXOS

ANEXO 1.**ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE FAMILIA, TUTORES Y/O
PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN DEL QUEMADO “CEREQUEM”**

Nombre del paciente o Tutor

.....

1.- ¿Asiste el paciente a una Unidad Educativa del sistema regular? (En caso de ser tutor responder por su tutelado).

SI

NO

2.-En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea afirmativa, ¿con que regularidad asiste el paciente a su Centro Educativo?

- a) No asiste con regularidad
- b) Solo a las materias troncales
- c) Asiste con regularidad a todas las clases

3.- En relación a la pregunta anterior, ¿Cuál es la respuesta de la Unidad educativa, en relación a los permisos para acudir al tratamiento en el Cerequem?

- a) Se le permite la tolerancia para acudir una a dos veces a la semana al Cerequem.
- b) Se le permite, mas es necesario una justificación escrita por parte del Cerequem.
- c) No aceptan más de 2 faltas en el mes aunque sean justificadas.

4.- En la escala que se le presenta a continuación, ¿En cuál identifica usted el desempeño académico del paciente que asiste con regularidad al Cerequem?

- a) Optimo desempeño.
- b) Desempeño regular.
- c) Bajo desempeño con tendencia a deserción escolar.

5.- Según orden de prioridad para el paciente:

- a) Prefiere asistir a su tratamiento
- b) Prefiere asistir a su Centro Educativo
- c) Le es indiferente