**II Simposio Internacional del Observatorio de la Discapacidad – UNQ**

Eje temático: Derecho a la Educación

Proyecto de Investigación: Experiencias de Atención Temprana del Desarrollo Infantil, en nuevos formatos institucionales.

Datos personales: Sanna, Verónica Marisa – DNI: 14.974.063 – Domicilio: Sarmiento 1059 – (6070) Lincoln – Buenos Aires –

Máxima titulación: Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades, con mención en investigación educativa.

Filiación Institucional: Miembro del Programa de Investigación: “Discursos, prácticas e instituciones educativas”, a cargo de la Doctora: Andrea Pérez. UNQ

Correo electrónico: veronicamsanna@gmail.com

Palabras claves: Primera infancia – atención domiciliaria – hospitalaria.

Resúmen: Experiencias de Atención Temprana del Desarrollo Infantil, en nuevos formatos institucionales.

En el trabajo de investigación presentado como Tesis de la Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades, con mención en investigación educativa, en esta Alta Casa de Estudios; se investigó el proceso de inicio y crecimiento de una institución educativa. Un Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil, perteneciente a la modalidad de educación especial; durante sus 25 años de vida, situado en una localidad del interior de la provincia de Buenos Aires.

A lo largo del trabajo de campo realizado y a través de un encuadre metodológico cualitativo, basado en registros de observaciones y entrevistas a los actores institucionales, familias y vecinos de la comunidad; se ha podido valorar el impacto que el crecimiento de esta institución produjo en la comunidad. Habiendo comenzado su labor en una pequeña localidad, para instalarse, a lo largo de los años, en cuatro servicios de extension, en la ciudad cabecera del distrito. Dejando plasmanda una práctica pedagógica, que fue abordando, los cambios de paradigmas, en cuanto a la concepción de la discapacidad, para adaptar las mejores propuestas; a cada necesidad educativa, derivada de la discapacidad. Esto quedó plasmado desde las categorías de análisis, en los aspectos tanto cuantitativos como cualitativos, en la investigación desarrollada.

El devenir actual, enfrenta nuevos desafíos, propios de las respuestas, que la sociedad contemporánea demanda. Recordando que la Atención Temprana del Desarrollo Infantil, constituye una praxis social organizada en conjuntos sistematizados de acciones, que tienden a promover las condiciones necesarias para que los niños de 0 a 3 años puedan descubrir, experimentar, ejercer, ejercitar y desenvolver plenamente sus potencialidades como sujetos activos, autores y protagonistas de su propio desarrollo, en interacción permanente con su medio. Atendiendo a niños/as dentro de esa franja etaria, con discapacidad o en riesgo de padecerla y a todos aquellos vulnerabilizados por situaciones bio – psico -sociales.

Esto implica la intervención en nuevos formatos institucionales, donde se sitúan: la atención directa en los ámbitos de Salud: Puericultura – Pediatría – Maternidad y Atención domiciliaria y hospitalaria.

Cuando surge el planteo de, cómo pensar los diversos niveles de intervención y de organización en los ámbitos de la salud, un camino posible es a partir de la consideración del ‘paradigma de la complejidad’; dado que, en el Siglo XX se produjo un fuerte cambio del enfoque mecanicista hacia el paradigma ecológico.

De lo que dan cuenta diversos documentos, como la Resolución 202/13[[1]](#footnote-2): donde expresa: “El hecho de que se instituya a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como una modalidad del Sistema Educativo, constituye un acto político que implica el reconocimiento de una práctica educativa (…). Dicho reconocimiento se estaría dando en un doble sentido: “*el de otorgar valor a su existencia y (…) el de re-conocer, como un “volver a conocer” (creando) la especificidad de su realidad educativa, refundando su esencia, sus sentidos e intencionalidad política”.*

Entendiendo que el desafío, en la atención temprana del desarrollo infantil, en nuevos formatos institucionales, asume ciertas particularidades en los ámbitos de salud: hospitalaria y domiciliaria, particularidades que pretendo identificar y profundizar, desde una mirada prospectiva; en pos de lograr una organización coherente, dentro de una modalidad educativa que requiere, más que nunca, la atención a la singularidad de cada situación.

**PONENCIA:**

“Contra lo inexorable significa lo imprescindible de un invento, la urgencia de una disponibilidad para un compromiso singular y colectivo: salir a forzar a una capacidad que se ignora a reconocerse”. Graciela Frigerio

Me interesa abrir la reflexión de esta ponencia preguntándonos por las implicancias de las relaciones pedagógicas en nuevos formatos institucionales, para analizar y revisar esta nueva experiencia, que se ha instituido en el Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil (CeAT). Si bien la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria, no es nueva, dentro del Sistema Educativo; si lo es como implementación, para esta modalidad, en este servicio. Por lo tanto interesa investigar, entre otras cosas, cómo se construye un vínculo pedagógico en un hogar o en un centro de salud:

 ¿Es posible lograr la atención singular a cada niño/ña en tanto tal, en pos de garantizar lo establecido en los derechos a la educación de los niños/as y también los objetivos de la Atención Temprana del Desarrollo Infantil (en adelante ATDI), en nuevos formatos institucionales?

¿Por qué en los ámbitos mencionados: hospital / domicilios? ¿Cuáles son los problemas de salud y/o discapacidad que requieren dicha atención? ¿Desde qué concepción de salud y desde qué concepción de discapacidad?

Y aquí me remito a, la Resolución del Consejo Federal de Educación (CFE) N°202/13: “(…) La OMS (Organización Mundial de la Salud) en la primera mitad de siglo XX pasó de concebirla como la “ausencia de afecciones o enfermedad”, para entenderla como “el estado de completo bienestar (o equilibrio) bio-psico-social”.”

Entonces también surgen las preguntas: ¿Por qué atender? ¿Por qué intervenir? ¿Desde que edad o etapa de la vida, se puede realizar dicha atención? A lo cual la Resolución N°202/13 aclara:”La Declaración de los Derechos del Niño/ña Hospitalizado y / o en Tratamiento (2009) o Los Educadores y Pedagogos Hospitalarios, miembros de la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños/as Hospitalizados y/o en Tratamiento (...) acuerdan establecer como Derechos del Niño/ña Hospitalizado, en el ámbito de la Educación, los siguientes derechos:

 Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento. (…)

 Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atiendan sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud.

 Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares, afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit. (…)

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

En coincidencia con los objetivos de la ATDI, también se establece en el punto 1, 4 de la Resolución mencionada lo siguiente:

“La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional: La Inclusión como principio rector y de justicia social.” Donde agrega:

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

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

La inclusión es principio rector de la política educativa nacional, por lo que el reconocimiento de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como modalidad, en la Ley Nº 26.206 de Educación Nacional, en tanto hecho político trascendente e indispensable, define el inicio de un proceso de promoción y concreción de la igualdad educativa destinada a una población en riesgo de ser marginada. Ningún sujeto que se enferma debe quedar excluido.”

Desde el compromiso con la infancia y el cumplimiento de las leyes, que de este modo lo establecen, es que la propuesta del CeAT, busca construir instancias de intervención, desde la tarea pedagógica, tomando a la inclusion, también como principio rector, de la ATDI.

Por lo tanto, es necesario partir de categorías de análisis, para reflexionar acerca del sentido que tienen las situaciones específicas e individuales de abordajes, desde la atención temprana y cómo se visualiza la constitución del sujeto humano a partir de los Organizadores del Desarrollo, los cuales son: el vínculo de apego, la comunicación, la exploración, la seguridad postural. Todo ello acorde a las necesidades educativas derivadas de la discapacidad y/o de salud, en los contextos de educación domiciliaria y hospitalaria.

Abordando a la discapacidad desde un modelo social, basado en los Derechos Humanos, la igualdad de oportunidades y la inclusión educativa.

En tal sentido debemos analizar algunas significaciones que, denotan ciertos términos que circulan en el ámbito educativo y de salud, que tienen que ver con las palabras de “hospital”, “hospitalario”, “hospitalidad”, pero también “hostilidad”.

Para lo cual cito a Derrida (2006), quien plantea que, el acto de hospitalidad no implica necesariamente algo de carácter positivo: se puede hospedar a otro/a pero imponiendo condiciones y reglas propias, al punto de convertir la hospitalidad en hostilidad. En palabras de Skliar, *“…lo que está en juego aquí es una idea de hospitalidad como acogida, como bienvenida, como atención al otro, es decir, una hospitalidad que no le plantea condiciones imposibles al otro, que no lo deje en posición de deudor, para entonces diferenciar claramente el efecto de hostilidad que provocan ciertas prácticas auto-denominadas de inclusión social y educativa. (…) Es posible decir que la Ley de la hospitalidad es incondicional: se trata de abrir las puertas de la casa, de nuestras casas, sin hacer ninguna pregunta; es aquella de ser anfitriones sin establecer ninguna condición; (…) Pensar la diversidad en términos de hospitalidad supone, ni más ni menos, que cambiar el lenguaje de nuestra propia experiencia y entrar en el territorio de la atención al otro (pero, si fuera posible, sin confundirlo con el lenguaje reformista de ‘atención a la diversidad’), de la bienvenida, de la acogida.”* (Skliar, 2007:11-12).

Pero para poder comprender y analizar esta nueva instancia de intervención, dentro de los objetivos del CeAT, en la ATDI, es necesario conocer la historia de la modalidad de educación Domiciliaria y Hospitalaria, que cuenta con años de experiencia. Porque no se puede hablar de lo que no se conoce, desde ese lugar podemos darle las formas necesarias, dentro de la modalidad de educación especial desde la ATDI y también (¿Por qué no?) recrear la historia desde la ATDI.

Recorrido histórico:

Por el motivo, antes descripto analizo el documento: “La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional” que opera como anexo de la Resolución del CFE Nº 202/13, donde señala que la misma tiene un extenso recorrido histórico, dentro del sistema educativo en nuestro país y que más allá de las particularidades que fue adquiriendo en las diversas jurisdicciones, un factor común es haberse gestado en el ámbito hospitalario, especialmente a partir de la epidemia de poliomielitis que surgió en la década del '50 en nuestro país.

Dicho documento señala que:

* El 1º de abril de 1922, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por iniciativa del Dr. Ricardo Gutiérrez, se nombra la primera maestra en el Hospital de Niños, integrante de la Sociedad de Beneficencia Porteña. Ese mismo año se incorporan dos maestras más.
* El 15 de septiembre de 1939, fue creada la primera escuela hospitalaria del país “Dr. Silvestre Peña y Lillo” en el Hospital Emilio Civit de la ciudad de Mendoza.
* A partir de ese momento, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria comienza a surgir en las diferentes jurisdicciones. Es así que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 1946, el Consejo Nacional de Educación autoriza el funcionamiento de una escuela de enseñanza primaria, sumándose un año más tarde la provincia de Buenos Aires (distrito Morón) y así, sucesivamente, San Juan (1947), Santiago del Estero (1950), Tucumán y Misiones (1954), Salta (1957), Chubut (1959), Córdoba y Jujuy (1960), Entre Ríos (1962), Formosa y Chaco (1970), Santa Fe (Rosario-1972), Neuquén (1978), Santa Cruz (1984), Catamarca (1994), La Pampa (1998), Corrientes (2004), Tierra del Fuego y La Rioja (2011).

Tanto a nivel nacional como en otros países del mundo, la educación de los niños/as en situación de enfermedad se ha visto vinculada a la Educación Especial. Al igual que lo que ha ocurrido con los sujetos históricamente asociados a la Educación Especial, la permanencia de niños/as en el ámbito hospitalario, ha sido significada como si se tratase de “sujetos especiales” más que de “situaciones especiales”.

Otro punto de información, para el análisis de la atención domiciliaria y hospitalaria, se deriva del marco normativo, que también es necesario conocer, para actuar en función de los reglamentado.

Marco normativo vigente:

Un recorrido por el marco normativo vigente en nuestro país en el ámbito educativo, como un punto de partida para pensar los diversos paradigmas existentes en relación a la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Pero específicamente, busco pensar, de qué manera se conciben a los Sujetos de la Modalidad en ATDI; en tanto entendemos que es allí donde se pone en juego también, de manera concreta aquello que entendemos por Derecho a la Educación.

La Declaración Universal de Derechos Humanos sancionada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, proclama “*… que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”* (Preámbulo de Declaración Universal de Derechos Humanos).

La Convención sobre los Derechos del Niño, por su parte, establece que *“Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”* (Artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño).

Con respecto a los temas más específicamente educativos, la Ley de Educación Nacional (LEN) actualmente vigente (desde el año 2006), establece en su Artículo 2 que *“La educación y el conocimiento son un bien público y un derecho personal y social, garantizados por el Estado”.* Tomando distancia de leyes anteriores, desde donde la educación fue entendida en términos de “servicio”, en la LEN, la misma es entendida en términos de un derecho a ser garantizado. Ahora, la pregunta que nos surge aquí es, de qué modo aplicamos la ley, para que ese derecho, no devenga en mera enunciación, sino en una práctica concreta.

De este modo, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria se desprende, en el marco de un largo proceso histórico, de la Educación Especial (que también pasa a constituirse en una modalidad), para pasar a ser una modalidad en sí misma, que atraviesa los diversos niveles del Sistema Educativo. Tal como se señala en la Res. Nº 202/13 *“La modalidad se organiza de forma transversal a los niveles de la escolaridad obligatoria y a las demás modalidades, a fin de mantener las trayectorias escolares, en sus múltiples formas de atravesar la experiencia educativa”.*

El enfoque histórico-socio-cultural permite situar los hechos, actores y proyectos educativos en las circunstancias propias de cada época y cada pueblo, percibiendo el contexto propio que posibilitó y determinó los mismos hechos educativos. Y esto ha sido lo que en principio la investigación sobre: “Experiencias de ATDI: el impacto en una comunidad”, ha podido plasmar.

Aportar a la conformación de nuevas capacidades de comprensión analítica y visión prospectiva de las principales corrientes de pensamiento pedagógicas y de los proyectos educativos, como en la actualidad; a través de instituir otros formatos, permite valorar los nuevos planteos y enfoques teóricos, como así también, las nuevas perspectivas de abordaje de los proyectos educativos en ATDI, desde la educación domiciliaria y hospitalaria.

El proceso investigativo, requiere del análisis de ciertas tensiones que surgen, cuando los tiempos modifican contextos, que han permanecido inmóviles o con movimientos tenues; dado que son instancias que ofrecen mayor seguridad, y menores riesgos a los actores institucionales. Pero cuando la demanda sitúa planteos diferentes, es que el temor a la incertidumbre, que en ocasiones paraliza, de manera transitoria. Y son estas las razones por las cuales, las instituciones, necesitan volver a pensarse en los nuevos espacios, en los cambios epocales, para poder habilitarlos y habitarlos, desde la comprensión, el acompañamiento, el compromiso y el trabajo en equipo.

Nuevos formatos institucionales:

Sabemos que las formas escolares de la modernidad marcaron rumbos determinados de desarrollo, unilineales y progresivos, los cuales fueron concebidos como el desarrollo natural del sujeto. Según Baquero (1997) “El clásico problema del rendimiento escolar y sobre su base el cúmulo de criterios para la medición de las diferencias individuales y el establecimiento de criterios sobre ritmos normales de aprendizaje, no tiene sentido fuera de la lógica del dispositivo escolar” (Baquero, 1997:3). Esto nos lleva a la necesidad de desnaturalizar prácticas centradas en el déficit, tan presente, tanto en el marco de los edificios escolares ‘tradicionales’ como en las instancias de intervención domiciliaria y hospitalaria.

Pero al instituir al “Centro de Atención Temprana del Desarrollo Infantil” fuera del ámbito tradicional: ¿Cuáles son los acuerdos necesarios e ineludibles que la institución realiza, para atender en los ámbitos domiciliarios y hospitalarios, teniendo en cuenta cada situación individual?

Si revisamos la investigación en ATDI citada, realizada en el contexto de una comunidad, como experiencia innovadora, encontraremos ciertos ‘procesos’ que enriquecieron los vínculos e intervenciones pedagógicos, con todo lo que implica en cuanto al cumplimiento de derechos de los niños/as con necesidades educativas derivadas de la discapacidad; como también en cuanto a la motivación por aprender y por seguir creciendo por parte de los actores institucionales involucrados. Cuando esos actores cambian y surgen otros posicionamientos, otras miradas, cómo se plantean las acciones que requieren en la actualidad, los desafíos de la construcción de los nuevos formatos, que instituyen la ATDI.

Desde este lugar es importante dejar planteado el trabajo que puede realizar el CeAT en términos de acompañamiento y de generación de espacios institucionales, en palabras de Cols: *“formas de trabajo y modalidades de gestión que resultan necesarias para sostener este tipo de propuestas -espacios, tiempos, encuadres, tareas y encuentros-. Pero también remite, como sabemos, a las tramas interpersonales, culturales y micropolíticas en las cuales el curriculum, la enseñanza y el aprendizaje se desarrollan”* (Cols, 2008).

En estos formatos, los acuerdos y el Equipo Transdisciplinario (y no los actores sociales en tanto entes independientes) son los que asumen protagonismo. No son ni el maestro estimulador, ni el bebé o niño/ña, ni los padres, ni la discapacidad, ni el riesgo; los responsables de los procesos y resultados de la ATDI; sino que se trata de lo que se construye, en la relación entre las partes. Esas parten involucran a los docentes más antiguos en su función y a los que se han ido incorporando, porque cada persona responde de manera única, la relación que establece con cada circunstancia, con cada otro niño/ña, con los que interactúa, con cada obstáculo, con cada logro y con cada perspectiva.

Para seguir pensando las intervenciones como parte del Equipo Transdisciplinario, en la atención domiciliaria y hospitalaria, la filosofía nos aporta un interesante análisis acerca de la definición que un sujeto debe ocupar en la conformación de una sociedad.

Desde ese campo, surge otra pregunta: ¿Los sujetos se desarrollan de acuerdo a una esencia o de acuerdo a su potencia?

Pensar a los sujetos desde su condición de potencia, no parece menor si hablamos de garantizar el derecho a la educación de todos/as los niños/as. Y aquí es dónde volvemos a la cita que planteo al principio de la ponencia: *“Es contra esa inexorabilidad que la educación se rebela cuando expresa que no se volverá cómplice de transformar diferencias en desigualdades; que no se excusará aduciendo condiciones (faltantes) de educabilidad o escudándose detrás del concepto de resiliencia. Hace ya unos años expresábamos un esbozo de definición que conserva vigencia. Decíamos que una escuela pública y un educador son la institución, y el sujeto, que frente a las profecías de fracaso dicen: no. No, dice el educador. No, dice la institución. No hay obediencia debida, no hay por qué cumplir con la orden de exclusión. No, no vamos a aceptar que el lugar de nacimiento devenga una condena, que las diferencias entre semejantes devengan (por obra de las políticas naturalizadas, que no es lo mismo que por obra de la naturaleza) los argumentos justificatorios de la desigualdad injustificable […] Sostendremos aquí que lo que se presenta como inexorable deja de serlo en el instante mismo en que su carácter de “inevitable” pasa a ser cuestionado por un accionar (un pensar, un decir, un hacer) que descree de lo inapelable y le devuelve al hombre la dimensión de su decisión sobre el mundo”* (Frigerio, 2004:4-5).

Por lo tanto, desde esta mirada, que plantea Frigerio, surgen otros interrogantes, para las cuales se pueden inferir, de manera incipiente algunas respuestas posibles, en virtud de la práctica cotidiana, para valorar la propuesta que se lleva adelante:

¿Se puede lograr el equilibrio entre el necesario ‘cuidado del otro’ y el también necesario acompañamiento hacia su autonomía? ¿Cómo generar prácticas pedagógicas en ATDI que nos ubiquen a disposición de quienes nos requieren, sin que intervenir signifique ‘limitar’ las potencialidades? ¿Cómo organizar un espacio, como el hogar o la habitación de un hospital para dar lugar a escenarios y escenas lúdicas desde la ATDI?

Es muy probable que se puedan ir hilvanando los distintos aspectos implicados en estas tensiones, cada vez que nos encontramos en situación de preparar una sesión, asistir a la intimidad de un domicilio o esperar encontrarnos con un bebé o niño/ña y su mamá o adulto cuidador, en la sala de un hospital.

¿Pero que ocurriría, si esa intervención no se realizara? No es una pregunta menor. Teniendo en cuenta que, un niño/ña que ingresa a la modalidad de educación especial, específicamente a la ATDI, desde la atención domiciliaria y hospitalaria, puede experimentar un aumento de sensación de vulnerabilidad si, a la situación de discapacidad o enfermedad, se le agrega la falta de sostén institucional, la ausencia de lazos lúdicos y educativos típicos de la ATDI tan necesaria en la vida de la sociedad. La posibilidad de que el niño/ña genere, mantenga y/o refuerce el vínculo pedagógico con un equipo transdisciplinario, constituye, sin dudas uno de los aspectos claves en lo que respecta al desarrollo futuro, al afrontamiento de nuevos desafíos y al crecimiento de la autoestima, fundamentales durante cualquier trayecto vital, pero muy particularmente, en los momentos de la primera infancia.

El niño/ña en situación de enfermedad y/u hospitalizado tiene, al igual que otros niños/as, necesidades básicas que desarrollar propias de cada etapa evolutiva, inherentes al “ser niño/ña”, y en ese sentido, también tiene el derecho a la educación; además del derecho a la disponibilidad de educadores, recursos y propuestas, que guíen su proceso de aprendizaje dentro del contexto domiciliario y/o hospitalario, que favorezcan la adaptación a este medio y le permitan expresar sus temores y ansiedades, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario, en favor de su recuperación.

Las prácticas situadas: ¿Requieren otra categoría, para el análisis investigativo? Considero que sí, porque: el hospital es otro de los contextos, como hemos mencionado, que se contempla dentro de la modalidad. Se hace referencia aquí a los servicios de salud públicos. Los niños/as que se encuentren allí, estarán en algunos casos iniciando, y en otros casos, dando continuidad, a su educación escolar.

Cada hogar, cada casa, “es un mundo”, como decimos vulgarmente; diferente a otros, tanto en su conformación (hábitos, tipos de vínculos, etc.) como en la forma de tramitar la situación de discapacidad transitoria o permanente o enfermedad, del sujeto en cuestión. Los docentes que concurren a los domicilios, tienen en cuenta la necesidad de respetar la singularidad de cada hogar y familia, también es altamente probable que no cuenten allí con todos los recursos que en otros contextos se podrían tener a disposición. Ese es uno de los grandes desafíos: ¿Cómo realizar una sesión de atención temprana en ese contexto? ¿Cómo desarrollar allí una propuesta pedagógica acorde?

Del mismo modo que en los domicilios, cada servicio de salud, tendrá sus propias características se trata de un producto de la historia y no de una creación primordial (Tyack y Cuban, 1995). Y agrego, cada caso de discapacidad transitoria o permanente o enfermedad constituye:

*“(…) un paralelismo, podríamos hablar de una “gramática hospitalaria”, para referirnos a las características que adoptan y las dinámicas que operan en los hospitales en todo el mundo: tradiciones y regularidades institucionales sedimentadas a lo largo del tiempo, transmitidas de generación en generación, modos de hacer y pensar compartidos, aprendidos a través de la experiencia. Pero al mismo tiempo, y al igual que sucede con cada escuela, cada institución sanitaria adquiere rasgos particulares en función de las personas que la integran, las relaciones de poder y saber que se establecen entre ellas y las normas explícitas e implícitas que rigen su funcionamiento. Estas particularidades se reeditan en cada sala o habitación, en cada sector del hospital. Los ritmos y rituales varían según se trate de la sala de cuidados intensivos, la sala de internación general o las salas de aislamiento. También en cada sala son particulares los sonidos, los olores, la circulación de personas, la disposición del mobiliario, los horarios permitidos para las visitas, la frecuencia de las interrupciones, etc.”* (Documento “Aportes para la construcción de la modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria”).

Esta cita, trae las vivencias, de las experiencias que se realizan diariamente en cada atención hospitalaria, con cada niño/ña, con cada familia, con cada enfermera y también de las intervenciones que se realizan en el área de Puericultura, que han sido observadas. Donde se lleva a cabo el control mensual de los bebés, espacio donde se brinda información acerca, de las pautas madurativas del desarrollo y también de pautas de crianza. Donde se tiene en cuenta el vínculo de apego, el amamantamiento, el destete y se ofrecen respuestas a las inquietudes o dudas que plantean las mamás o adultos cuidadores. Entendiendo que todos los bebés intentan crear un vínculo con las personas que se encargan de su cuidado, incluso con adultos que no son muy afectuosos. Este vínculo no está solamente basado en la comida, sino que va más allá de la necesidad de los bebés de ser alimentados.Un bebé busca esa proximidad de la madre a través del llanto, la necesidad de ser acunado, las sonrisas reflejas, la succión, el balbuceo y el llanto porque necesita ser aceptado y protegido.

De lo observado, en estos espacios, se deduce que estas funciones parentales, que parecen naturales, en muchos casos, resultan difíciles de construir, porque depende de muchos factores, en las trayectorias vitales de cada ser humano. Y esto también se observa y se trabaja en el espacio de Maternidad, en el Hospital, donde las mamas que reciben a los recién nacidos, necesitan ellas mismas, afecto, contención, cuidados. Espacio para ofrecer calma, tanquilidad, caricias, paciencia. Espacio donde renace la vida a cada instante.

La atención domiciliaria, también forma parte, de la adaptación al entorno, de la aceptación de la familia, desde un lugar profesional, de no invación, de no situarse como poseedores de la única verdad. Un espacio con predisposición para la escucha atenta, para el diálogo, sin emitir juicios, respetando sus creencias, sus formas y modos de asumir la maternidad o paternidad.

El desarrollo de la primera infancia, como se sabe, es lo que marca, el resto de la vida de los seres humanos, por eso es que la praxis de ATDI, no puede quedar situada en el contexto de una institución formal. Necesita ir donde surja la necesidad, donde cada bebé o niño/ña, lo necesite. Sobre todo en estos tiempos de fluidez, donde la sociedad de consumo prevalece, ante los valores humanos, ganando el individualismo y la competencia, los espacios donde habría que sembrar cordura, sensatez, amor, para resistir al desamparo y vulnerabilidad social y educativa.

Tal como plantea Mariano Sigman (2015), en su libro: La vida secreta de mente (Bs. As. Debate): “(…) todo este conocimiento puede ser utilizado de forma responsable para mejorar el experimento colectivo más vasto de la historia de la humanidad: la escuela” (pág: 16).

Y también cuando expresa que: “(…) la trama social afecta a la biologia misma del cerebro. Esto es claro en un ejemplo dramático en que se observan los cerebros de dos chicos de tres años. Uno crece con afecto y educación normal y el otro, sin contención afectiva, educativa y social. El cerebro de éste ultimo no sólo es anormalmente pequeño, sino que además sus ventrículos y cavidades por donde fluye el liquido cefalorraquídeo, tienen un tamaño anormal (…) también pueden verse (en la imágen que presenta el libro) fracturas a lo largo de la materia gris, que denotan una atrofia cortical.”

“Entonces, diferentes experiencias sociales resultan en cerebros completamente distintos. Una caricia, una palabras, una imágen, cada experiencia de la vida deja una traza en el cerebro. Estas marcas modifican el cerebro y, con ellos, la manera de responder a algo, la predisposición a relacionarse con alguien, los anhelos, los deseos, los sueños.

Es decir, lo social cambia el cerebro, y esto a su vez define lo que somos como seres sociales.” (Pág: 59 y 60).

“(…) lo social y lo biológico están intrínsecamente relacionados en una red de redes.” (Pág. 61).

Entonces dejo abierta esta pregunta: ¿Se puede seguir esperando? ¿Qué esperar? Tomando las palabras de Mariano Sigman: “(…) tal como yo concibo a la neurociencia (yo agrego a la ATDI), una gesta humana para encontrarnos, para compartir lo que sabemos, lo que pensamos. **Para que el mundo sea menos ancho y ajeno**” (Pág: 282).[[2]](#footnote-3)

 Conclusión:

Teniendo en cuenta los aspectos desarrollados, luego de haber analizado y reflexionado acerca de la implementación de nuevos formatos institucionales, en la modalidad de ATDI, podemos inferir que, la educación y la salud han sido las bases fundamentales para el desarrollo de los pueblos, logrando mayor igualdad e inclusión social. La educación es un derecho humano fundamental, por lo tanto considerar a los niños/as como sujetos de derechos, implica iniciarlos en la ATDI, desde la primera infancia; cuando esta necesidad surja desde diversas condiciones de salud y/o discapacidad transitoria o permanente. Desde este marco, es necesario brindar diferentes opciones organizativas y formatos institucionales, flexibles y adaptados a cada caso particular, que permitan adquirir los aprendizajes necesarios para vivir en sociedad y desarrollar su propio proyecto de vida.

En este sentido, hay un largo camino aún por recorrer, resulta necesario generar un debate, con las instituciones que quedan ancladas en el formato tradicional, a veces por el temor o desconocimiento real de las posibilidades de cada niño/ña en situación de hospitalización o sin posibilidades de asistir a sesiones individuales en el CeAT. Sostener esta discusión, poder argumentar, explicar y hacer comprender la importancia de estas intervenciones, será una tarea más de los Equipos Transdisciplinarios. Se trata por lo tanto de una responsabilidad compartida, de una discusión que habrá que dar y uno de los desafíos que habrá que asumir, en función de los reales objetivos de la ATDI, para garantizar el derecho a la educación de todos los niños/as, de este “nuestro” querido país. El camino es largo y la tarea es ardua; pero vale la pena el intento…

 **Bibliografía:**

Baquero, R. (1997) "Sobre instrumentos no pensados y efectos impensados: algunas tensiones en Psicología Educacional", *Revista del Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Educación de la Universidad de Buenos Aires, Año 6, N 4.*

Cols, E. (2008) La formación docente inicial como trayectoria. Mimeo. Documento de trabajo realizado en el marco del Ciclo de Desarrollo Profesional de Directores. INFD.

Convención sobre los Derechos del Niño-Organización Naciones Unidas Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989. Aprobada por la República Argentina mediante la Ley 23.84. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/crc/

Declaración Universal de Derechos Humanos-Organización Naciones Unidas: Adoptada y proclamada por la resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/

Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2006) *La hospitalidad,* Buenos Aires: Ediciones de la Flor.

Frigerio, G. (2004) La (no) inexorable desigualdad en Revista Ciudadanos. Buenos Aires.

Ley Nacional Nº 26.061-Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Año 2005. Disponible en: http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm

Ley Nacional Nº 26.206-Ley de Educación Nacional. Año 2006 Disponible en: http://portal.educacion.gov.ar/consejo/files/2009/12/ley\_de\_educ\_nac1.pd

Resolución del Consejo Federal de Educación Nº 202/13 Disponible en: <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res13/202-13_01.pdf>

Sigman, Mariano (2015): La vida secreta de mente. Buenos Aires. Debate

Tyack y Cuban (1995): [www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn...content](http://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn...content). Consultado: 02/02/16

1. Resolución del Consejo Federal de Educación Nº 202/13 Disponible en: http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res13/202-13\_01.pdf [↑](#footnote-ref-2)
2. El destacada en negrita es personal. [↑](#footnote-ref-3)