



La pedagogía hospitalaria de la Unimonserate:

una opción de cuidado con las infancias

Uriel Ignacio Espitia Vásquez
Nuvia Marcela Barrera Aldana

Rector

Ricardo Alonso Pulido Aguilar, Pbro.

Vicerrector Académico

Hugo Orlando Martínez Aldana, Pbro.

Vicerrector Administrativo y Financiero

Carlos Iván Martínez Urrea, Pbro.

Vicerrector de Pastoral y Bienestar

Marcos Alexander Quintero Rivera, Pbro.

Director de Investigación

Hugo Orlando Martínez Aldana, Pbro.

Corrección de estilo

Carolina Rodríguez Lizarralde

Diagramación

Camilo Andrés Fajardo Quintero

Jeferson Camilo Hernández Galeano

ISBN: 978-958-8486-44-4

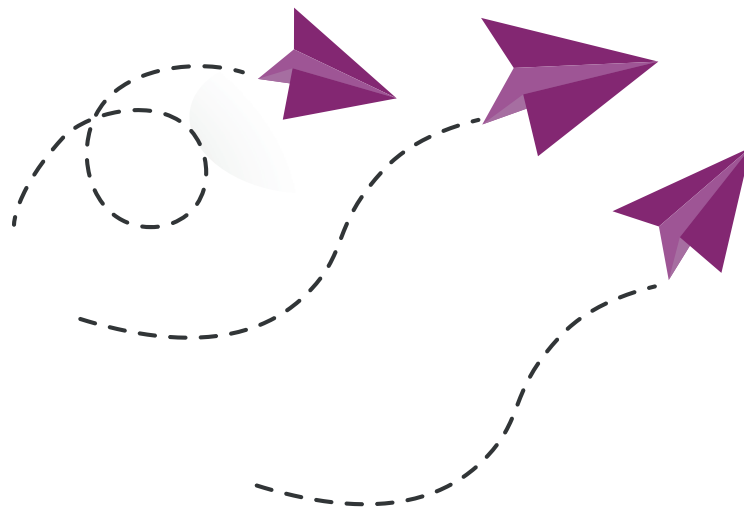


Tabla de

Contenido

Presentación

Capítulo 1.	7
Por <i>una</i> pedagogía hospitalaria de la infancia.	
Capítulo 2.	13
Explicitación del conocimiento y aprendizaje reflexivo construidos alrededor de <i>una</i> pedagogía hospitalaria no escolarizante.	
Capítulo 3.	32
El dispositivo disciplinario escuela-hospital ¿una pedagogía hospitalaria de la infancia?	
Capítulo 4.	47
Leer y escribir nuestra enfermedad: una experiencia hospitalaria.	
Capítulo 5.	65
Pedagogía hospitalaria para la primera infancia: tres experiencias en el Pacífico colombiano	
Capítulo 6.	85
Apuntes históricos sobre la construcción del campo de la pedagogía hospitalaria.	
Capítulo 7.	103
Trabajo educativo flexible apoyado en TIC con niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad, y sus familias.	
Capítulo 8.	191
Genealogía y devenir de la hospitalidad y de las éticas del cuidado.	



PRESENTACIÓN

Una pedagogía hospitalaria no debería ser solamente un espacio educativo para el trabajo pedagógico con niños y jóvenes escolarizados o desescolarizados en las condiciones en que se realiza en la mayor parte de las experiencias de nuestro país, tanto en las instituciones de salud como en el circuito para-hospitalario de las fundaciones, asociaciones, casas de paso y albergues. Esta tampoco debiera restringirse a prácticas educativas de las licenciadas en educación preescolar o infantil, sino que podría ser perfectamente un campo de acción para otras disciplinas y un lugar para la relación interdisciplinar entre las ciencias de la salud, las ciencias humanas y sociales, y el mundo de las artes.

Sin embargo, en la medida que el país continúa careciendo de una política pública nacional para el desarrollo de la pedagogía hospitalaria y la pedagogía domiciliaria, llevamos varias décadas configurando espacios de prácticas para actividades, experiencias y proyectos que se centran, sobre todo, en las instituciones sanitarias más importantes del centro del país, que aparecen, se mantienen y desaparecen según sea la buena vo-

luntad de los gerentes de los hospitales públicos o privados, los intereses y apuestas educativas de ciertas universidades, las políticas orientadas por gobiernos locales -Bogotá, Medellín o Manizales-, las acciones igualmente fluctuantes del citado circuito para-hospitalario de oenegés, pero también, por la tenacidad personal de quienes han convertido en causa propia, *la causa de tal diversidad de niños y adolescentes*.

En ese sentido, este libro no sólo da cuenta de las construcciones de conocimiento producidas por las prácticas del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate – Unimonserate entre los años 2010 y 2015, sino que también muestra, de cierta manera, cómo ha evolucionado este campo de acción educativa, con sus avatares y realizaciones, la forma como se han socializado en distintos eventos académicos las comprensiones de dos proyectos de investigación, dos procesos de consultoría con alcance nacional, la participación en una red nacional e internacional de pedagogía hospitalaria y la formulación y diseño de un programa de *Especialización en Pedagogía Hospitalaria* -pionero en Latinoamérica, que fue aprobado por el Ministerio de Educación Nacional-, pero que no pudo iniciar su primera cohorte de formación porque el país aún no considera prioritaria la formación posgradual de profesionales que puedan ejercer y desarrollar un trabajo cualificado con las nuevas generaciones de niños enfermos,

hospitalizados o en tratamiento, cuestión que se avanza hoy en el ámbito europeo como *una pedagogía orientada a todos los ciclos de la vida* para mejorar el bienestar y la calidad de vida de todas las personas que afrontan problemas de salud:

- * Consultoría: "Aulas hospitalarias apoyadas en nuevas tecnologías" Fundación Telefónica – Fundación Universitaria Monserrate (FUM), junio de 2008 y febrero de 2009, desarrollado en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Manizales y Cali.

- * Proyecto de investigación: "Sistematización de las prácticas educativas en la Fundación HOMI (Hospital de La Misericordia), 2000-2010", desarrollado entre 2010 y 2013.

- * Creación de la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria, REDCOLPH, agosto de 2009, visibilizar 32 aulas, proyectos y experiencias nacionales en el campo académico de la pedagogía hospitalaria, así como desarrollar acciones de formación, investigación y proyección social.

- * Programa de posgrado: Especialización en Pedagogía Hospitalaria, aprobado por el Ministerio de Educación Nacional mediante la Resolución 9972 del 31 de julio de 2013 SNIES: 102734.

- * Consultoría: "Pedagogía hospitalaria para la primera infan-

cia", octubre de 2013 y febrero de 2014, desarrollado en las ciudades de Caucasia, Quibdó y Cali.

- * Participación en la Red Unitwin de Pedagogía Hospitalaria, aprobada por la UNESCO, desde febrero de 2014 hasta diciembre de 2018, para propiciar la cooperación y el intercambio entre Universidades y Organizaciones no Gubernamentales de Latinoamérica y Europa, para el desarrollo de la Pedagogía Hospitalaria en las diferentes etapas de la vida de las personas con necesidades asistenciales, respecto a la formación, investigación y acción.

- * Proyecto de investigación: "Trabajo educativo flexible apoyado en TIC con niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad, y sus familias", desarrollado entre 2014 y 2016, para propiciar mediaciones comunicativo-educativas que permitieran la atención educativa para niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad y, especialmente, con quienes padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). La revisión documental Genealogía y devenir de la hospitalidad y de las éticas del cuidado fue un componente teórico-conceptual de ese proyecto, realizado para entender el surgimiento y devenir del concepto de hospitalidad y de las éticas del cuidado.



* Organización y desarrollo del Ier Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria, Bogotá, 26 y 27 de febrero de 2015, convocado por la Unimonserate y la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria (REDCOLPH) como forma de crear un espacio de visibilización y encuentro entre las experiencias, modelos, estrategias, programas y proyectos del campo de acción educativo de la pedagogía hospitalaria del país.

A través de este recorte temporal, quienes tengan interés en el tema podrán identificar las apuestas epistemológicas que ha venido suscribiendo nuestra línea de investigación, con las que hemos contribuido a configurar este campo académico de acción interdisciplinar de la pedagogía hospitalaria en el país, desde una apuesta sobre la relación compleja que puede construirse entre la salud, la educación y la comunicación, a partir de articular las funciones sustantivas de la investigación, la formación y la proyección social orientadas hacia una Responsabilidad Social Universitaria.



Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Quizá únicamente aquel que soporta la experiencia de la privación de la casa puede ofrecer la hospitalidad (Derrida, 2000)

Capítulo 1

Por una pedagogía hospitalaria de la infancia¹

¹ Este capítulo está basado en la ponencia presentada en el Encuentro Internacional de Educación Hospitalaria, Conversatorio sobre enfoques de la pedagogía hospitalaria en Colombia. Bogotá: Fundación Telefónica, Auditorio de la Fundación Cardio-Infantil, 16 de noviembre de 2011.

En esta intervención mostraremos una perspectiva distinta del campo de prácticas de saber y poder designado como “pedagogía hospitalaria”. En primer lugar, insistiremos en una crítica a la pedagogía y la escuela tradicionales, a fin de construir innovación educativa en el trabajo pedagógico con niños y jóvenes, enfermos hospitalizados y no hospitalizados. Para el efecto, es importante preguntarnos ¿en qué sentido es *hospitalaria* esta pedagogía a la que nos referimos?, pues es banal el argumento de que esta pedagogía es hospitalaria “porque se realiza dentro del contexto hospitalario”.

Nos estamos refiriendo a la definición de Debesse y Mialaret (1969), quienes difundieron el término “pedagogía curativa” (como traducción del término alemán *heilpädagogik*) señalando que: “la pedagogía hospitalaria es pedagogía en tanto que constituye el conjunto de aquellos medios puestos en acción para llevar a cabo educación y es hospitalaria en tanto se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario”. (Citada por Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1996: 15).

En ese campo, no sólo existe una fuerte tendencia de las prácticas y discursos pedagógicos hacia inscribirse en un enfoque instruccional para contrarrestar, e incluso sustituir, el proceso educativo del cual está alejado el niño, “curricularizando” sus acciones y justificando tal proceder como una “necesidad de

los niños” (Cf. Reyes y Ortiz, 2008: 46), sin meditar lo que significa agenciar el dispositivo escolar en el espacio educativo no-convencional de los hospitales. Esta reproducción acrítica de la educación escolarizada, propia de la escuela moderna, olvida la crisis provocada por los objetivos incumplidos de la universalización de la escolaridad básica, que según estimaciones de UNESCO convirtieron a Latinoamérica en una de las regiones con mayores porcentajes de fracaso escolar del mundo, por las dificultades de acceso a la escuela básica, la deserción incesante, la desmoralización del profesorado, su reticencia a cualquier innovación o al mejoramiento de la calidad, lo que ha multiplicado el número de analfabetos funcionales así como las desigualdades e injusticias sociales (Cf. Martín-Barbero, 1999: 11).

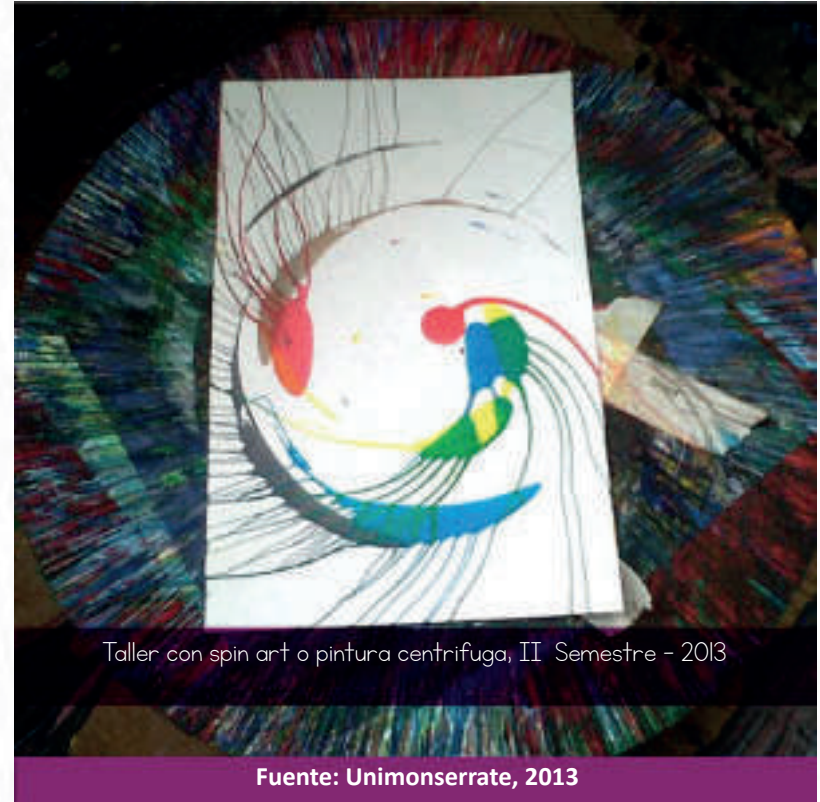
En las prácticas y discursos de la pedagogía hospitalaria debe prestarse atención a la manera como se está dando el asalto neoliberal a la educación, que retira las responsabilidades públicas del Estado por la educación institucionalizada, trayéndola al control, gerencia e ingeniería administrativa de las empresas privadas, que orientan sus necesidades y exigencias hacia el consumo y mercantilización de lo educativo, y construyen un nuevo sentido común sobre lo político, lo social y lo educacional, bajo la racionalidad y dispositivos lingüísticos de una educación guiada por la estandarización, acreditación, evaluación y competitividad, ligando de manera directa la transmisión de conocimiento con la producción (Cf. Da Silva, 1997).

En la pedagogía hospitalaria, como en el resto de la educación, estamos ante dos alternativas insalvables: o refrendamos la escuela tradicional curricularizando nuestro accionar a fin de no dejar exterminar el sujeto humanista y altruista que refrendaba la educación moderna, o abrazamos la causa neoliberal competitiva y utilitarista comprometiéndonos, en ambos casos, con sus estrategias de gobierno, regulación y control, y admitiendo que no es posible construir una perspectiva crítica en educación.

Todo saber entraña un campo de poder y, en nuestro caso, el criterio rector elegido consiste en instituir la infancia como centro de nuestra práctica de saber y poder. A sabiendas, que todas las pretensiones de emancipación de la infancia acostumbra a esconder que la niegan, sabemos por ella, pensamos por ella, luchamos por ella, por algo sencillo y complejo a la vez: negamos su experiencia, simulamos su experiencia.

El verbo *educar* proviene del verbo latino ducere que significa “guiar, conducir”. Educar posee doble etimología según el significado que se dé al prefijo “e-”. E-ducar en el sentido de conducir hacia adentro, del acto de transmitir información y su contrapartida, recibirla e incorporarla es una perspectiva bancaria y tecnicista de lo educativo, precisamente la que apuntala la escuela como una institución construida sobre el

axioma que el aprendizaje es el resultado de la enseñanza. Por el contrario, e-ducar en el sentido de “conducir hacia afuera”, “sacar desde dentro”, al modo de “ex-presar” es liberador para el sujeto (Huergo y Fernández, 2000).



Para nosotros, la pedagogía hospitalaria educa, sobre todo al maestro en formación, en la *hospitalidad*, ese gesto antiguo, siempre olvidado que significa recibir, acoger, dar la bienvenida, atender, cuidar al otro sin imponerle condiciones, una práctica que deja llegar la alteridad que representa un niño con sus dones y carencias, aceptándolo en su especificidad. Son evocadores los significados de la palabra latina *hospes* que significaba “huésped” o “visita”, pero también “hospedador”, se sabe que de *hospes* derivó *hospitālis*, “casa para visitas foráneas”. Posteriormente *hospitālis* se transformó en *hospital* para designar “el establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza” (RAE, 2001).

La pedagogía de la Monserrate en los ámbitos de salud, sólo será acogedora si practica el recibimiento incondicional de la diversidad, la diferencia y la extranjería que encarnan las infancias enfermas, hospitalizadas y en tratamiento, porque si se las subestima, discrimina o conmisera por su situación o condición, cobrarán preponderancia los criterios disciplinantes de la “anormalidad” que hacen perder de vista que las pasiones tristes asociadas al proceso de salud-enfermedad, no son ajenos, distantes o evitables para el pedagogo o para cualquiera, pues todos ocuparemos en algún momento ese lugar de paciente adolorido, angustiado, frágil y expuesto al peligro

de morir. Sin duda la enfermedad es una oportunidad para potenciar la vitalidad insospechada de cada uno y para ejercitar una ética responsable del cuidado del otro y de nosotros mismos. Al salir jovialmente a tal encuentro, descubrimos que ¡no sabemos lo que puede un cuerpo!

Dice Derrida (2000) que la hospitalidad es el rostro de la acogida: la tensión para con el otro, la intención atenta, la atención intencional de la alteridad del otro: en este caso la del niño, la niña y el joven. La intencionalidad, la atención a la palabra, son lo mismo en cuanto acogida al otro. Y podríamos añadir, que si precisamos de *hospitalidad* (*hospes*) en la educación es porque reina la *hostilidad* (*hostes*) hacia las nuevas generaciones, porque los modelos de educación autoritarios que prevalecen representan una hospitalidad hostil para con ellos, imponiéndoles permanentes y ambiguas condiciones.

Como plantea Hannah Arendt (1996): “(...) la esencia de la actividad educativa es mimar y proteger algo: el niño, ante el mundo; lo nuevo, ante lo viejo; lo viejo, ante lo nuevo”. Ese acogimiento y cuidado de la infancia en tanto novedad, como historia siempre naciente, coloca al docente en formación directamente con la necesidad del reconocimiento de su infancia, como también de la infancia y la adolescencia identificables con la vida como iniciación, pero sobre todo, con

la emancipación, pero no en el sentido de la Ilustración, de una educación para la mayoría de edad, para la superación de la cobardía de vivir tutelado por el otro, para emancipar al niño de su infancia, sino más bien, de una educación que sabe que sólo quien quiere puede ser libre, que deja que el otro se emancipe, del docente que trabaja para su propia emancipación contribuyendo a que otros también hagan el trabajo que les corresponde.

En los ambientes hospitalarios, escenarios de dolor, miedo, enfermedades, procedimientos invasivos y muerte, se contienen los cuerpos que necesitan ser corregidos, normalizados y curados; precisamos una pedagogía del nacimiento, del comienzo, prácticas de vitalización de los sujetos, relaciones, espacios y tiempos: una pedagogía hospitalaria de la infancia. Necesitamos descifrar un trabajo pedagógico que enseñe al niño, al maestro, al acudiente y al personal del hospital, que el cultivo de las pasiones alegres es una forma de cuidado de sí, de potenciación, actividad, empoderamiento y reflexividad por sobre la tenacidad individual y colectiva con la que nos aferramos a las pasiones tristes, que nos arraigan en los imaginarios de fragmentación del cuerpo, de precariedad, miedo, desespero, tristeza, temor, muerte y destructividad.

Lo que Erich Fromm (2004) llamó atinadamente, necrofilia: “amor por todo lo muerto, corrompido, pútrido y enfermizo; es la pasión de transformar lo viviente en algo no vivo, de destruir por destruir, y el interés exclusivo por todo lo puramente mecánico. Es la pasión de destrozarse las estructuras vivas” (p. 330).

Por esta vía, y no por la de la transmisión de información, enseñanza de contenidos y adquisición de competencias competitivas, se construye una experiencia corpórea inolvidable que puede dinamizar una *relación con el saber* en el sujeto. Como explica Beillerot (1998):

(...) la relación con el saber sería el paso de un interés que no se sabe a un interés que se sabe. Dicho de otro modo, de un sujeto que desea un objeto sin saber que lo desea se pasa a un sujeto consciente de su deseo, produciendo un saber de su deseo y un saber de la manera en que se produce el saber-como, dependiente del objeto del deseo (p. 46).

(...) Para un sujeto (individual y colectivo), la “relación con el saber” está vinculada a la necesidad de analizar su situación, su posición, su práctica y su historia, a fin de darle su sentido propio. La “relación con el saber” se convierte entonces en la creación permanente sobre sí mismo y sobre lo real; se convierte en un proceso creador de saber, mediante el cual un sujeto integra todos los saberes disponibles y posibles de la época (p. 66).

Infancia es un término opuesto y relacionado con los de juventud y adultez. La infancia es múltiple, relativa y diversa, pero al tiempo, por la diseminación de la revolución de los medios electrónicos, tiene más en común con los niños de otras culturas que con sus padres o las instituciones en que estos se socializaron. La infancia es una construcción social, en absoluto un universal circunscrito sólo a una cierta temporalidad cronológica, y donde cada vez más se relativizan su carácter situado y las diferencias culturales por efecto del avance de la globalización. Circunstancias todas que problematizan esa cuantificación de la infancia como etapa limitada de la vida humana, como historia (*chrónos*), fase preparatoria o figura de la incapacidad, la debilidad, la precariedad, la inferioridad y etapa de la que debemos emanciparnos para ser dueño de nosotros mismos.

Tal *hostilidad* conduce a una negación de la experiencia de infancia, siendo distinto pensarla de manera afirmativa y resistente como un modo de ser relacionado con una duración no numerable ni sucesiva (*aión*), un modo más bien intensivo del tiempo de vida, una subjetividad entendida en términos corporales y afectivos donde se incrementan o decrecen, de manera imprevisible, la potencia y la fuerza vital, así de esta manera la infancia se disocia del niño y la niñez, siendo condición de novedad, apertura, nacimiento y metamorfosis para

que cualquiera devenga-niño, sin importar su edad, sin infantilizarse o tratar de rememorar un tiempo anterior, lo que convierte a la figura de la infancia en un modo político clave de la emancipación. Porque infante es todo aquel que no habla todo, no piensa todo, no sabe todo (Cf. Kohan, 2005, 2007).

Tal vez lo primero que ayuda en el trabajo pedagógico hospitalario es aprender a cultivar un gesto y una actitud como éticas de vaciamiento acerca de lo que creemos saber sobre el niño. Los adultos necesitamos aprender a escuchar la infancia en su alteridad, a reconocer al niño como interlocutor válido, so pena de lanzarlo a la condición de abyección y exilio de la infancia, condición que nos acompaña toda la vida porque en su momento carecimos de voz y no pudimos apalabrar esa afectación experimentada.

Si todo humano puede ser interlocutor para los otros seres humanos, el niño debe *poder* serlo, lo que nos desplaza del sentido del poder como competencia al poder como “tener el derecho”, como propuso Lyotard en su conferencia *sobre Los derechos del otro* en 1993. Esto, porque con el desarrollo de la ciencias psicológicas desde finales del siglo XIX y con el nivel de sujeción alcanzado sobre la pedagogía por el desarrollismo de la psicología cognitiva, no logramos desprendernos de la enorme cantidad de supuesto-saber sobre los niños y la

infancia, lo que nos inhabilita para pensar paritariamente con el niño, no nos dejamos pensar, ni afectar por ellos, gracias a que no hemos tenido quién nos enseñe a “cerrar el pico” para aprender a escuchar con atención lo inesperado que un niño o un joven es capaz de anunciar y enseñar.

Si reflexionamos sobre la situación de cualquier enfermo y hospitalizado desde una perspectiva sociocultural, nos percatamos que esa persona está excusada de ir al trabajo, a un lugar de estudio o a cumplir labores en el hogar; según sea la gravedad de su padecimiento, debe tener reposo absoluto y cuidado especial. Así los niños y jóvenes internados ingresan al espacio-tiempo transitorio del hospital, en que prima su condición de *paciente* por sobre su estatuto de hijo o estudiante, deviniendo seres pasivos, sufrientes, consentidos, dependientes, al cuidado de otro, en general, personas heterónomas.

No obstante, la pasividad y aburrimiento producidos por la condición de paciente ha sido utilizada desde los inicios de la pedagogía hospitalaria como oportunidad para actividades educativas y recreativas: la TV es permanente en los hospitales, prolifera un “tallerismo” sobre manualidades y aprestamiento para la educación inicial, la lectura de libros y cuentos, uso de la risa por los clowns, los recreacionistas, las damas voluntarias, etc.

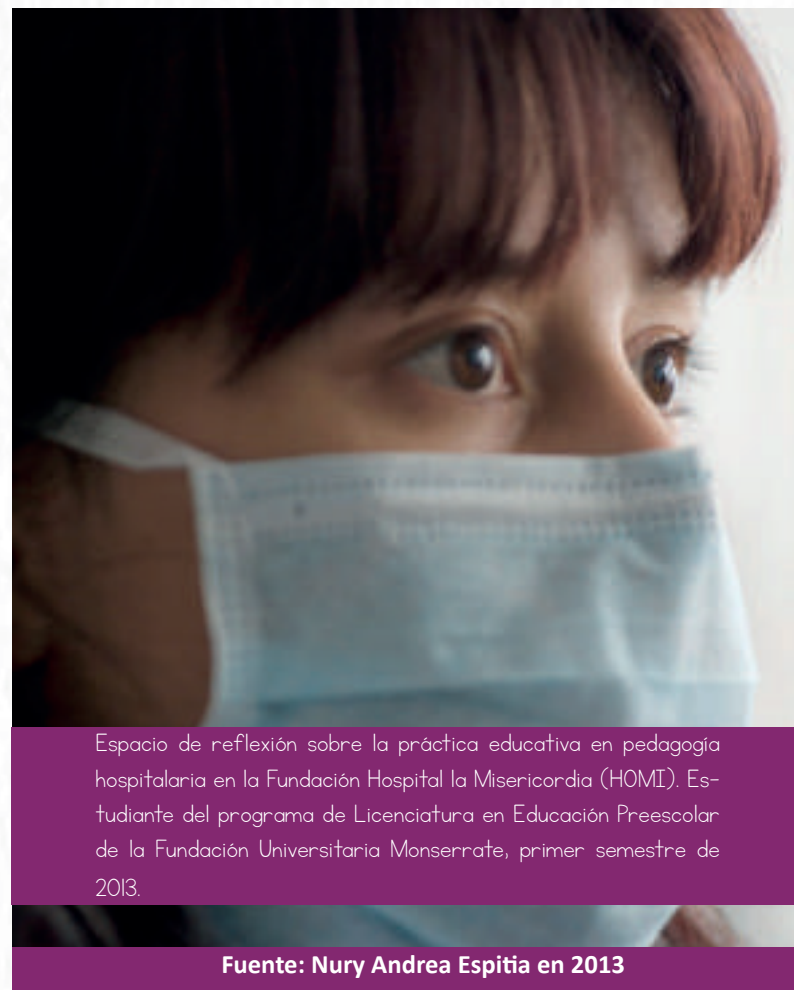
También este campo de prácticas y discursos de la pedagogía hospitalaria parte de la situación de heteronomía del niño para impulsar un sujeto autorreflexivo, capaz de tomar decisiones sobre su enfermedad, si cuidarse o descuidarse, saber o no saber, sobre su vida y su muerte, y evaluar y corregir, de ser necesario, tales decisiones. La pedagogía hospitalaria enseña sobre la necesidad ética de posibilitar en el niño, la niña y el joven condiciones para el apalabramiento de su experiencia, coloreada con emociones y deseos contrapuestos. En cada uno de esos actos pedagógicos, donde tal vez el maestro no enseña nada —más bien aprende—, hay en juego una política del pensamiento: pese a las diferencias, él debe poder hacerlo solo, tiene que aprender a presentarse y representarse por sí mismo a pensar por sí mismo, a actualizar su capacidad de elección.

Esto último es difícil. Es una utopía ético-política ubicar al niño como centro del acto educativo, tornarse niño en el acto de enseñar y aprender, impulsar los cien lenguajes del niño, uno de los presupuestos en que se fundan las escuelas Reggio Emilia, tal vez como dicen que propuso alguien: “sólo con ayuda de un personal adecuado podremos conseguir que el mundo entero vuelva a la infancia”.

Un devenir-niño exige incesantes metamorfosis del cuerpo docente, que afectan y cuestionan nuestra identidad, el *habitus* de nuestras prácticas y discursos educativos, ya que esa escuela tradicional y esa impostura educativa neoliberal que criticamos están instaladas dentro de nosotros mismos, estructuradas como política educativa transnacional, como currículo universitario, como nuestra forma estereotipada e instrumental de entender al niño y la familia, la institución médica, el “rol” docente, la educación como escolaridad, las tecnologías de la información y la comunicación como meras máquinas, la habilidad con la planeación como varita mágica para hacerse pasar por maestro.

Nuestro programa de licenciatura en educación preescolar lleva más de veinte años intentando descifrar, con las prácticas educativas en la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI), cómo diseñar una pedagogía hospitalaria del niño y su infancia. En principio, nuestras intervenciones se centraron en prácticas asistencialistas, apoyando al personal de enfermería en actividades de higiene y alimentación de los niños hospitalizados y, familiarizarlos con la literatura mediante la lectura de cuentos.

De estas intervenciones pasamos a estructurar unidades didácticas implementadas a partir de talleres.



Espacio de reflexión sobre la práctica educativa en pedagogía hospitalaria en la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI). Estudiante del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate, primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

Luego transformamos esta forma de trabajo, mediante la construcción, con niños hospitalizados, sus familias y algunos miembros del personal de enfermería, un trabajo por proyectos, tales como un correo hospitalario, una revista virtual hospitalaria, una ludoteca, ejercicios de estimulación temprana en el área de Lactantes, fabricación de juegos y juguetes, también editamos un *Texto de actividades* elaborado con el apoyo de algunos niños, que se convirtió en herramienta de simbolización y expresión frente a su hospitalización.

La dimensión que fue cobrando la práctica, nos impuso la necesidad de investigar la pedagogía hospitalaria, por lo que realizamos el proyecto: “Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria” (auspiciado por el Programa de Licenciatura en Educación Preescolar y realizado en 2005), con él pudimos identificar las grandes tendencias de este campo educativo en el mundo, entre 1990 y 2000.

Entre febrero de 2008 y noviembre de 2009 acompañamos el proyecto *Aulas hospitalarias apoyadas* en nuevas tecnologías (Fundación Telefónica-Fundación Universitaria Monserrate) a fin de construir un modelo flexible de intervención pedagógica en contextos hospitalarios, con participación de los niños y niñas internados y con los docentes hospitalarios, alrededor de cuatro nodos temáticos: educación en salud, juegos y deportes, lenguajes científicos y disciplinares y cultura, arte y sociedad.

Fue un proyecto que se realizó con siete instituciones de carácter médico-asistencial: inicialmente con cuatro de la ciudad de Bogotá: el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, la Fundación Cardio-Infantil-Instituto de Cardiología, el Instituto Nacional de Cancerología y la Fundación Dharma y, a partir del mes de abril de 2009 con otras tres instituciones: la Fundación Cardiovascular de Colombia de la ciudad de Bucaramanga, la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali y el Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja Colombiana, Seccional Caldas, “Rafael Henao Toro” de la ciudad de Manizales.

Actualmente realizamos un proyecto de sistematización de las prácticas educativas en dos contextos hospitalarios del país: las del *Programa de Licenciatura en Educación Preescolar* de la Monserrate en la *Fundación Hospital de la Misericordia* (HOMI) en Bogotá y las del Programa de Licenciatura de Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia en el *Hospital Universitario San Vicente de Paúl* (HUSVP) en Medellín, con cuya cartografía documental estamos actualizando las tendencias de la pedagogía hospitalaria entre 2005 y 2010.

Desde 2008 nos hemos empeñado en hacer de nuestro quehacer educativo en el HOMI una manera alternativa de formar maestros para la educación preescolar, un espacio investigativo de sistematización y explicitación de nuestras prácticas y

un ámbito, para poner a prueba, en la práctica, diversas concepciones acerca de la construcción del conocimiento desde la propuesta pragmática de la pedagogía por proyectos.

Ha sido una experiencia en permanente reestructuración y crítica, donde el proceso y la meta son una y la misma cosa y en la que estamos desarrollando las siguientes propuestas:

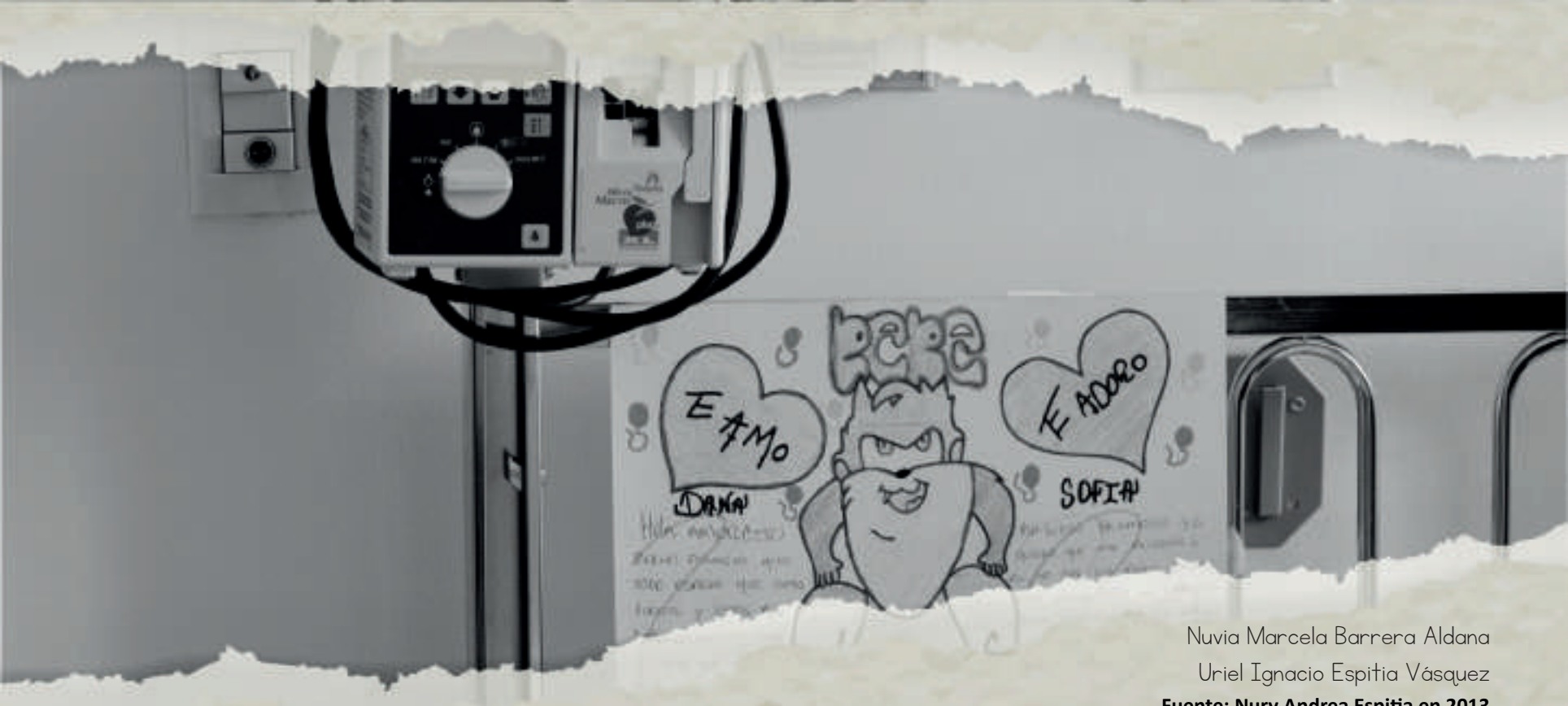
- a) Comunicación-educación (revista y correo hospitalario y radio).
- b) Estética (universo relacionado con el campo de la formación artística, la expresión y la expresividad intelectual y emocional, los actos de enunciación expresivos mediados por el cuerpo, los afectos y las valoraciones).
- c) Saberes (como modo de acercarnos a la construcción de un pensamiento científico, especialmente alrededor de nociones, conceptos y categorías de la física y la química).
- d) Cultura y sociedad (relacionado con las perspectivas disciplinares o los problemas abordados por las ciencias humanas y las ciencias sociales, incipientemente desarrollados hasta ahora).
- e) Educación-salud (una forma de fomentar una reflexividad y una actividad ética encaminadas al cultivo cotidiano de una armonía consigo mismo, con la naturaleza y con la sociedad; pero no motivada por el individualismo, sino por el desarrollo de prácticas de vida interesadas en cuidar de sí mismo porque todo el tiempo cuidamos de los otros).

f) Y un trabajo exploratorio sobre cómo abordar la importancia del vínculo afectivo entre madres y bebés en el área de Lactantes del HOMI.

Por último, son varios los encuentros a ofrecer en un hospital trastocado como espacio educativo, son disímiles las formas de hospitalidad que pueden proponerse en la situación contemporánea respecto del acogimiento del niño y la infancia como un otro de la cultura. Pero en el centro, debería estar una educación de la experiencia no impuesta y que las nuevas generaciones no tomen como algo externo y ajeno a ellas, sino como parte de sus características individuales, sus deseos, capacidades, talentos y propósitos. Una pedagogía que observe qué efectos produce sobre la experiencia y el carácter, no sólo de los estudiantes, sino de los propios maestros, dispuesta a transmitir mientras escucha, a dar sin forzar, a acoger sin amansar, sobre todo abierta a la experiencia del reconocimiento de nuestra infancia.

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2003). *Infancia e historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Arendt, H. (1996). *La crisis de la educación*. Barcelona: Paidós Educación.
- Beillerot, J. (1998). La relación con el saber: una noción en formación, en Beillerot, J.; Blanchard-Laville, C. y Nicole Mosconi, N. *Saber y relación con el saber*. Buenos Aires: Paidós, pp.43-78.
- Da Silva, T. T. (1997). "El proyecto educacional moderno: ¿identidad terminal?", en: Veiga Neto, A. J. (comp.). *Crítica postestructuralista y educación*. Barcelona: Laertes, pp. 273-290.
- Debesse, M. (1969). *Psicología del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Derrida, J. (2000). *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- (2005). *Aprender (por fin) a vivir*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fromm, E. (2004). *Anatomía de la destructividad humana*. México: Siglo XXI Editores.
- Huergo, J. A., Fernández, M. B. (2000). *Cultura escolar, cultura mediática/ intersecciones*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, Colegio Académico de Comunicación y Educación (CACE).
- Kohan, W. O. (2005). Notas filosóficas sobre (la educación) de la infancia en tiempos de globalización, en: Bernal Alvarado, M. y Lobosco, M. (comps.), *Filosofía, educación y sociedad global*, Buenos Aires, Ediciones del Signo, pp. 51-60.
- (2007). *Infancia, política y pensamiento*. Buenos Aires: Del Estante.
- Lizasoain, O. y Polaino-Lorente, A. (1996). "La pedagogía hospitalaria como un concepto unívoco e innovador", en: *Revista Comunidad Educativa*, vol. 3, No. 231. Madrid, pp. 14-16.
- Lyotard, J.-F. (1998). "Los derechos del otro", en: Shute, S. y Hurley, S. (eds.). *De los derechos humanos: las conferencias Oxford Amnesty de 1993*. Madrid: Editorial Trotta, pp. 137-146.
- Ortiz Grau, C. (1994). "Pedagogía hospitalaria", en: *Revista Siglo Cero*, vol. 25, No. 5, pp. 41-45.
- Martín-Barbero, J. (1999). *Heredando el futuro. Pensar la educación desde la comunicación*, en: *Nómadas*, No. 5. Bogotá: Universidad Central, DIUC, octubre, pp. 5-17.
- Real Academia Española, RAE (2001). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*. España, Tomo 6, Vigésima segunda edición, p. 835.
- Reyes, Á. y Ortiz, L. M. (2008). *Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria*. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate - Fundación Telefónica.



Nuvia Marcela Barrera Aldana

Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

Capítulo 2



Explicitación del conocimiento y aprendizaje reflexivo construidos alrededor de una pedagogía hospitalaria no escolarizante²

² Este capítulo está basado en la ponencia presentada el 3 de octubre de 2013 en el Segundo Congreso Latinoamericano y del Caribe. La pedagogía hospitalaria hoy: políticas, ámbitos y formación profesional, organizado por la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en situación de enfermedad – REDLACEH. Ciudad de México, 3 y 4 de octubre de 2013.

A continuación, presentamos la *Sistematización de las prácticas educativas del Programa de Licenciatura en Educación Preescolar en la Fundación HOMI, 2000-2010* realizada por la Fundación Universitaria Monserrate, entre octubre del año 2010 y enero del año 2013, pero en principio, es necesario comunicar aspectos claves de la experiencia de la Unimonserrate en pedagogía hospitalaria para comprender las razones por las cuales se originó la investigación.

Desde la década de los años 80, el programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate inició un trabajo educativo con niños, jóvenes y familias hospitalizados en la Fundación HOMI -primer hospital pediátrico de Colombia-, a través de las prácticas desarrolladas por estudiantes, en trabajo conjunto con diferentes docentes. Aunque al inicio estas prácticas se enfocaron en el apoyo al personal de enfermería en la alimentación y cuidado, así como en el acompañamiento de los niños y jóvenes a través de la literatura; luego se fueron transformando hacia propuestas educativas que respondieran a las especificidades de la población infantil y juvenil con quienes se desarrollaban.

En el año 2005, un grupo de estudiantes, junto con su docente de acompañamiento, decidieron incorporar a estas prácticas un componente investigativo con el propósito de comprender

las raíces conceptuales y fundamentos en que estos modos de hacer educativos estaban cimentados. Fruto de esa motivación, se desarrolló la investigación “Estado del arte de la pedagogía hospitalaria” que, si bien no respondió al primer interés que tuvo el grupo por comprender sus propias prácticas, sí se enfocó hacia la comprensión de las generalidades de la pedagogía hospitalaria en el ámbito internacional, pues a nivel nacional las fuentes documentales eran exiguas.

A partir de esta primera investigación, se logró construir una mirada más amplia y profunda respecto a la pedagogía hospitalaria, que nos posibilitó la construcción de conocimiento que fuimos comunicando en diferentes eventos de carácter local, nacional e internacional. Así mismo, logramos establecer convenios con entidades públicas y privadas a fin de aportar a la configuración de la pedagogía hospitalaria en nuestro país. Nos fuimos vinculando a Redes de carácter internacional y creamos una Red de Prácticas en Pedagogía Hospitalaria, con el propósito de generar espacios dialógicos con otras experiencias y construir conocimiento de manera colectiva.

Desde inicios del año 2010, nuestro grupo de investigación en pedagogía hospitalaria se interesó por investigar sus propias prácticas, por tal razón, en octubre del mismo año inició la investigación en que está centrada esta ponencia. La sistemati-

zación de las prácticas educativas en el HOMI fue un proyecto investigativo relevante en la medida que el profesorado acompañante de prácticas y sus estudiantes hemos estado en este hospital durante casi tres décadas, lo que ameritaba estudiar el trabajo realizado en este contexto no convencional para la formación de maestros, de manera reflexiva, cooperativa y propositiva, para que estudiantes y maestros devengamos investigadores de nuestras propias acciones pedagógicas, pero sobre todo, estudiosos de la teoría, productores de saber y transformadores o reconstrutores de nuestras prácticas.

El objetivo de la investigación se centró en sistematizar las prácticas hospitalarias entre el año 2000 y 2010, a fin de explicar el conocimiento construido en la pedagogía hospitalaria, ello implicó identificar los elementos principales que impulsaron la construcción y reconstrucción de dichas prácticas por parte de los diferentes docentes de acompañamiento y sus grupos de estudiantes.

El diseño y desarrollo metodológico de la investigación tuvo como base un tipo de aprendizaje reflexivo y sistematizable desde una perspectiva cualitativa, buscando la comprensión inductiva a través del análisis de las percepciones e interpretaciones de los estudiantes y docentes, quienes desarrollaron estas prácticas educativas hospitalarias. La investigación

buscó involucrar a los propios actores de la experiencia en su reconstrucción histórica, explicitación e interpretación de los saberes y transformación de las prácticas. Ello no implicó que todos los integrantes de la experiencia debieran participar a lo largo de todo el proceso sistematizador, sino que sus decisiones fundamentales (por qué y para qué hacerla, cómo hacerla, la interpretación, qué hacer con los resultados) fueron tomadas democráticamente (Torres, 1996, p. 20).

La investigación se desarrolló durante cuatro fases. En la primera se recopilaban las fuentes de información disponibles respecto de las prácticas desarrolladas, así como la identificación y ubicación de los diversos actores que hubiesen tenido relación con estas prácticas. Cuando las fuentes estuvieron organizadas, a través de una *clasificación facetada*, se hizo necesario explorar y entender en qué consistía y cómo se desarrollaba tal sistema de ordenamiento de información, que terminó dispuesto en un formulario digital denominado: *Formulario para el inventario documental de las prácticas*.

De forma paralela a este registro y clasificación, se crearon carpetas por periodos académicos y años, para ir archivando las fuentes de información disponibles en formato digital y los archivos físicos fueron escaneados y codificados para disponerlos en un sistema de carpetas donde se venían organizan-

do las fuentes de información. En cuanto a dichas fuentes de información, se hallaron artículos, autoevaluaciones de estudiantes, bitácoras, diarios de campo, encuentros, evaluación de docentes, evaluaciones de niños, familias, personal médico, eventos, formatos caracterización institucional, fotografías, galerías, informes de docentes, investigaciones, planeaciones, propuestas educativas, resúmenes de estudiantes y trabajos de los niños. Con la clasificación de fuentes se logró configurar un corpus de información, con el cual se empezó a dimensionar la cantidad y diversidad de instrumentos de documentación y el registro de las prácticas.

En la segunda fase el trabajo se centró, por un lado, en seguir recopilando, codificando y clasificando fuentes de información buscando en los periodos de tiempo que menos fuentes se habían encontrado en un primer momento, y por otro lado, recopilando, clasificando y estudiando diversas fuentes bibliográficas y de información que dieran cuenta de los desarrollos teórico-metodológicos que ha tenido la pedagogía hospitalaria entre los años 2005 y 2010. Este ejercicio fue nominado por el equipo investigador, como una cartografía de la pedagogía hospitalaria.

Para elaborar la cartografía, se establecieron previamente tipos de fuentes como proyectos, prácticas, aulas, investigacio-

nes, artículos, revistas, libros y eventos, no obstante, el equipo investigador sabía que lo más probable era que aparecerían otras fuentes y se acordó agregarlas y se creó un sitio Web de Google denominado: *Fuentes bibliográficas*, donde se fueron recopilando y archivando las fuentes en carpetas por periodos académicos y años. De cada una de las fuentes halladas cada investigador elaboró un *Resumen Analítico Especializado* (RAE) a fin de ir sintetizando la información para facilitar posteriormente su análisis, se creó de nuevo un formulario digital para compilar los RAE y garantizar de esta manera su organización.

Los RAE son un formato diseñado por el Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE) de Chile para reseñar documentos producidos en la educación. Fueron pensados como un instrumento de trabajo que permite descomponer un documento en sus partes constitutivas, reduciendo a términos breves y precisos el contenido esencial de un texto. No se proponen interpretar sino presentar de forma lo más “objetiva” posible el material, procurando no tergiversar la idea del autor, sin incluir las opiniones. Los RAE constan de tres grandes secciones:

- Descripción bibliográfica (el registro bibliográfico, la especificación del formato del documento y el No. de clasificación topográfica);

- Descriptores temáticos de la fuente de información; y
- Cuerpo del resumen (fuentes del autor o autores), la descripción de contenidos, la metodología empleada, las conclusiones y recomendaciones, las iniciales del autor del resumen y la fecha de elaboración).

Para este estudio se ha añadido un último apartado que contiene información adicional encontrada en las fuentes documentales revisadas.

Al terminar la elaboración de los RAE, se hizo un primer análisis de información y se empezaron a identificar varias apuestas, como consecuencia de este análisis el grupo investigador creó un modo de representación de los hallazgos encontrados, organizándolos por tendencias. Dicho modelo estaba compuesto por cuatro variables: protagonismo infanto-juvenil, adultocentrismo, formalidad e informalidad, al combinarlas, se configuró un plano cartesiano, cuyas intersecciones conformaron cuatro cuadrantes numerables en el sentido contrario a las manecillas del reloj, en cada uno de los cuales se ubicaron las principales tendencias de las prácticas de la pedagogía hospitalaria, encontrando tendencias que respondían a:



Taller para la elaboración de instrumentos musicales en el servicio de Oncematología de la Fundación Hospital La Misericordia (HOMI), primer semestre de 2010.

Fuente: Unimonsserrate, 2010

- La formalidad en que existe un adultocentrismo.
- La informalidad en que se da el protagonismo infanto-juvenil.
- La formalidad versus el protagonismo infanto-juvenil.
- La informalidad versus el adultocentrismo.

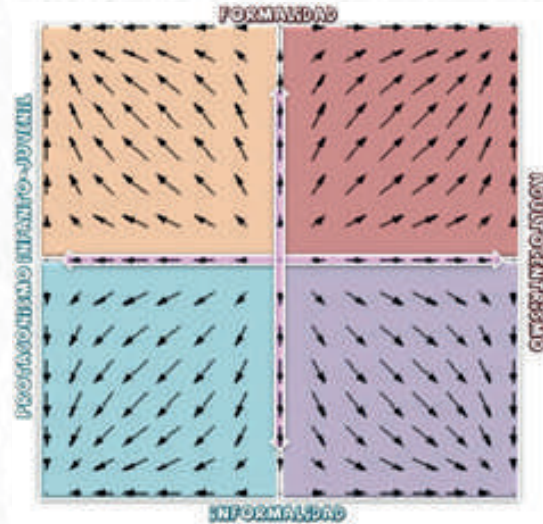


Figura 1. Cuatro grandes tendencias en las prácticas en pedagogía hospitalaria.

Ampliaremos esta cartografía del campo de la pedagogía hospitalaria en el capítulo siguiente.

Al tiempo que se hizo este trabajo, se diseñó una entrevista semi-estructurada para ser aplicada a los actores que hicieron parte de las prácticas que se estaban sistematizando, pues para el grupo investigador la voz y la experiencia de quienes vivieron esas prácticas era fundamental. También se elaboró un mapa de actores a quienes se aplicaría la encuesta, este mapa consideró niños, jóvenes, familias, personal médico, personal de enfermería, directivos del HOMI, docentes acompañantes de práctica, estudiantes y egresados.

En la tercera fase se realizaron las entrevistas a los actores claves de acuerdo con el mapa elaborado. También se dio continuidad a la elaboración de la cartografía, realizando un estudio más profundo y amplio de cada tendencia y se elaboraron escritos por cada una mostrando de manera descriptiva a qué se refería, cuál era su sentido, cuáles sus propósitos y sus orígenes, con el propósito de comprenderlas en profundidad. En la cuarta y última fase de la investigación, el trabajo se centró en el análisis de dos corpus de información: el de las prácticas del Programa y una cartografía de la pedagogía hospitalaria.

Para el análisis del corpus de las prácticas de la Unimonserate, se preestablecieron las siguientes categorías de análisis: infancia, niño-niña, docente, pedagogía hospitalaria, prácticas, planeación y evaluación (estrategia de lectura y una clasificación *top-down*), acordando una atención especial para identificar

las subcategorías, pero también las categorías emergentes. Ese trabajo permitió precisar términos atractivos, que de inmediato llamaban la atención, así como cierta frecuencia o reiteración, pero también unos particulares modos de aparición relacionados con la significación con la que los actores investían las categorías y subcategorías. Se procedió al análisis y elaboración de un escrito cualitativo y cuantitativo, descriptivo y analítico, en el cual se elaboraron los hallazgos, mostrando lo que significó en las prácticas realizadas las categorías y subcategorías.

Respecto del corpus de información de la cartografía de la pedagogía hospitalaria, se retomaron los RAE y se procedió a una elaboración cualitativa que mostrara, *grosso modo*, las características más acusadas de las tendencias de la pedagogía hospitalaria de acuerdo con el modo de representación de cuadrantes ya descrito. Después se prosiguió con una relectura de los análisis de ambos *corpus* a fin de identificar, comprender y explicitar los hallazgos encontrados de acuerdo con el propósito de la investigación, dando paso a la elaboración de las principales conclusiones y proyecciones. A continuación, se presentan los resultados alcanzados por la investigación con relación al objetivo trazado.

Las prácticas desarrolladas son una nueva posibilidad de formación para los estudiantes, dado que gracias a la compren-

sión que alcanzan frente a las diversas variables presentes y que rompen con las certezas y concepciones que han construido con relación al proceso educativo, han podido resignificar sus maneras de ver y comprender al niño, al joven, al maestro, al conocimiento, al aula, a la relación enseñanza-aprendizaje, a la evaluación, lo cual redundo en sus modos de hacer, hacer educativos que van cambiando y buscando congruencia y pertinencia frente a la realidad que vive la población infantil y juvenil en situación y condición de enfermedad.

Estas prácticas han sido constantemente transformadas, dinámicas, cambiantes, gracias a los procesos de análisis, evaluación y sobre todo de reflexión que permiten visualizar los alcances, pero sobre todo los cuestionamientos que se convierten en caminos susceptibles de ser creados y recreados. Han pasado desde apuestas metodológicas de carácter asistencial hasta apuestas de trabajo por proyectos, donde los niños, jóvenes, familias, maestros, diseñan, implementan y evalúan las propuestas educativas. Son espacios educativos, comunicativos y de enseñanza-aprendizaje, en que la interacción cobra papel fundamental, pues permite la construcción social de aprendizajes y se asume a los niños como sujetos de derechos. Consideradas como una labor social y humana, en tanto busca que los niños puedan seguir viviendo y desarrollándose, y a su vez es una herramienta con la cual las docentes en formación logran conocer la realidad del niño.

Las prácticas constituyen un reto pues el hospital es un contexto diferente a la escuela, donde no hay salones de clase, el trabajo se realiza al mismo tiempo con niños y jóvenes de diferentes edades, por tanto con diversos intereses y necesidades, está presente todo el tiempo un familiar quien participa también de los ambientes educativos que se diseñan, en varias ocasiones el tiempo de trabajo es reducido, pues los niños rotan con frecuencia y esto hace que se deba estructurar e implementar un trabajo educativo para el aquí y el ahora, lo que se conoce como el acto educativo, se vive en la incertidumbre en tanto no se puede anticipar para el encuentro la cantidad de niños y jóvenes con quienes se trabajará, sus edades, estados de ánimo, intereses, necesidades, lo que obliga a estructurar una planeación flexible que pueda acomodarse de acuerdo a la realidad que se viva en el momento de iniciar el trabajo.

Los ejes en que han girado estas prácticas son el juego, la comunicación, la interacción, las expresiones artísticas y aprender haciendo. Los propósitos que tuvieron las prácticas de las docentes en formación en el contexto hospitalario son muchos y diversos, no obstante, al categorizarlos se hallaron unos referidos a la enfermedad y la hospitalización, buscando aportar al conocimiento de estos procesos de autocuidado y cuidado de los otros. Propósitos con relación a la formación

del docente, pues estas prácticas son experiencias significativas para los estudiantes, que favorecen la resignificación de las concepciones y por tanto la transformación de los modos de hacer educativos.

Los propósitos con relación al niño son: que sean felices y se diviertan por medio de actividades manuales y artísticas, que no pierdan contacto con la realidad, que adquieran formación personal, social y académica, así como potenciar sus dimensiones del desarrollo, destrezas y habilidades, y aportar a su estabilidad emocional. Estos asuntos van de la mano con los propósitos frente a la relación enseñanza-aprendizaje, que apuesta a facilitar la construcción social de conocimientos y saberes de diferentes naturalezas, de orden social, cultural, emocional, político, de modo que cada niño o joven pueda establecer relación con el conocimiento.

Entre todos los propósitos, uno prioritario es favorecer las interacciones de los sujetos, en los que se aporte al fortalecimiento de vínculos afectivos, la expresión de sentimientos, el conocimiento y reconocimiento de los otros y por tanto de sí mismos; y además propósitos con relación al ambiente hospitalario, centrados en brindar un espacio armonioso y acorde a los intereses y necesidades del niño, del joven y sus familias, romper con la rutina en el hospital y generar un ambiente de interacción armónico, alegre y amable.

Otro aspecto que se prioriza, se inclina por un trabajo educativo que permita construir conocimiento a partir de la diversidad cultural que caracteriza a la población del HOMI, pues a este Hospital, al ser de nivel 3 de atención y contar con diversidad de especialistas y equipos médicos, llegan niños, jóvenes y familias de diferentes lugares de nuestro país, lo que hace que se encuentre allí una diversidad y riqueza socio-cultural enorme, que genera interés por generar espacios de construcción de conocimiento colectivo, en el que además de identificar rasgos distintivos de acuerdo a la región de donde provenga la población, permite la comprensión de cómo los otros leen y viven el mundo.

Un elemento adicional que se evidencia, aunque no es usual, es la presencia de niños con necesidades educativas especiales, pues como no existen prácticas estructuradas que respondan a esta situación, generan diversos cuestionamientos frente a cómo proceder educativamente con esta población. Las prácticas se caracterizan por ser rigurosas, implican alto grado de responsabilidad y compromiso, generan sensaciones diversas en los estudiantes: miedo, tristeza, incertidumbre, frustración, que las desequilibra emocionalmente generando otra manera de ver y vivir la realidad. Por último, es menester decir que estas prácticas aportan, desde distracción a los niños, hasta la recuperación en su salud, pues en reiteradas

ocasiones se observa cómo el dolor, la tristeza y el sufrimiento desaparecen.

La investigación permite evidenciar que docentes en formación y en el trabajo educativo con los niños y familias hospitalizadas en el HOMI tienen funciones, que se pueden agrupar en tres líneas:

- * Funciones con relación a la situación y condición de enfermedad: Se enfocan en diseñar ambientes educativos suficientemente enriquecidos para que los niños y sus familias logren vivir experiencias diferentes a las que usualmente experimentan en el contexto hospitalario con el propósito de romper rutinas y hacer de la enfermedad y la hospitalización un proceso menos angustioso.
- * Funciones con relación al niño: Escuchar al niño, dialogar, interactuar, observar y analizar lo que hace y pregunta para conocerlo y desde allí generar ambientes educativos.
- * Funciones con relación a la enseñanza-aprendizaje: Generar espacios educativos en que el niño pueda desarrollar y potenciar al máximo sus dimensiones, habilidades y destrezas, y mediar para que construya conocimiento con otros a través del diálogo, la interacción, la experiencia, la imaginación, la creatividad, la exploración, la generación de hipótesis y las preguntas y así pueda fortalecer sus saberes.

Con relación a la concepción del niño, para docentes en formación los niños hospitalizados son diversos, esto se evidencia en la cantidad de atributos que señalan con relación a quién es el niño y cuáles son sus características. Se identifica una tendencia con relación a la concepción de los niños, en que se reconocen como seres humanos con diferentes intereses, enormes potencialidades y habilidades, son capaces de construir saberes y conocimientos con otros a través de la experiencia y la exploración, poseen gran poder de adaptabilidad ante las situaciones diversas, se preguntan, analizan, reflexionan, son creativos, innovadores, participativos, activos e imaginativos, resuelven problemas con facilidad y recursividad. Saben cómo manejar la enfermedad y conocen con profundidad qué les está pasando. Son los actores principales en el acto educativo, enseñan al maestro, son ricos en experiencias y saberes y son sujetos de derecho.

Del proceso investigativo pudimos concluir que, el diseño metodológico para la ejecución de un estudio como el aquí presentado debe estar en función del marco teórico conceptual del proyecto, es decir, debe ser creado por los investigadores en función del problema a investigar, sin olvidar que, investigar no es aplicar técnicas de investigación, sino construir una metodología que dé cuenta del posicionamiento ético-político y educativo asumido por investigadores frente al campo de estudio donde se ubica el objeto investigado. Tal diseño metodológico sufre cambios a medida que se va desarrollando.



Breve obra de títeres, construida y dramatizada por los propios niños y niñas hospitalizados luego de escuchar la lectura del cuento infantil "Mi amigo conejo" (Eric Rphmann, 2008). Práctica educativa en pedagogía hospitalaria, Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Unimon serrate, 2013

Si bien la investigación se desarrolla con el propósito de descubrir lo que no se sabe y no es posible decirse de nuestras prácticas educativas, hay necesidad de comprender el campo en que se ubica nuestro objeto de investigación, por lo que debimos desarrollar un estado de la cuestión para mapear las líneas de investigación, los actores y centros de producción de conocimiento que existen sobre una serie de temas nucleares, estando advertidos que se trata de intereses, trayectorias y posiciones defendidas en un campo académico, cuya revisión permite comprender las generalidades del objeto de estudio con relación al subcampo de la pedagogía hospitalaria, que es donde se inscribe este proceso de sistematización de prácticas.

El proceso de investigación permitió comprender las prácticas investigadas, produciendo un conocimiento argumentado al respecto y configurar un equipo investigador que después de dos años de trabajo comprende las implicaciones y alcances de una investigación donde se revisa críticamente la experiencia. De esta manera, esta sistematización de nuestras prácticas nos permitió un reencuentro con nuestras experiencias de trabajo en el hospital, pero desde una mirada que nos fuerza a repensar las propias prácticas para producir un conocimiento distinto al que ya sabíamos.

Este estudio ha redundado en una cualificación y consolidación del equipo, lo que está permitiendo el desarrollo de nue-

vos proyectos a nivel formativo, investigativo, de proyección social y de comunicación, siendo la investigación reflexiva sobre la experiencia práctica la que comanda estas nuevas derivaciones. Con la realización de la cartografía de la pedagogía hospitalaria, por ejemplo, pudimos identificar que en este subcampo educativo proliferan variedad y cantidad de prácticas que tienen lugar con los niños enfermos y hospitalizados, y también que son pocas las investigaciones y escasos los espacios de formación posgradual. Para mapear estas prácticas debimos inventar un modo de organización y representación propio, a fin de comprender las generalidades que las caracterizan, su naturaleza y propósitos que las asemejaban o distancian, y una forma de explicitar los intereses que subyacen a estas prácticas según oscilen entre un adulto-centrismo o un protagonismo infanto-juvenil, y entre apuestas educativas más o menos formales.

Esta cartografía también nos permitió descubrir que el origen de la pedagogía hospitalaria no es una iniciativa prioritariamente educativa, sino que fue iniciada por movimiento higienista de la medicina, en función de una administración y gobierno de poblaciones (Alcaide, 1999) que, en el contexto latinoamericano y colombiano, cobró la forma de un discurso eugenésico o de mejoramiento racial en los años 30, luego además de los intereses por la salud y la educación de los ni-

ños enfermos, el subcampo de la pedagogía hospitalaria articula también apuestas sociopolíticas.

En ese sentido, el debate clave que nuestra línea de investigación en pedagogía hospitalaria quiere plantear dentro del subcampo educativo de las prácticas en pedagogía hospitalaria es cómo usar creativamente el tiempo libre del niño hospitalizado, lo que para el enfoque hegemónico de la escolarización en el hospital tal vez resulta algo accesorio o que no merece ser tenido en cuenta.

Esta práctica educativa es crítica del enfoque que ha convertido los hospitales en espacios para dar continuidad al currículo escolar y que siguen el modelo de la enseñanza tradicional sin preocuparse por el problema de la innovación educativa. No existen, ni un aula hospitalaria, ni una escuela dentro del HOMI. Tampoco hay maestros contratados por el hospital que se encarguen de desarrollar un currículo en la institución. Los proyectos y talleres desarrollados por nuestra práctica no se estructuran alrededor de las áreas disciplinarias curriculares. Por eso no organizamos, clasificamos o consideramos a los niños, niñas y jóvenes en función de las edades o de los grados escolares. Tampoco aplicamos procesos de disciplinamiento corporal, ni de control de los comportamientos, actitudes o estilos de vida de los niños y jóvenes, y no se evalúan o califi-

can sus desempeños. No hay que olvidar que, para los niños y niñas, el hospital es un lugar generador de miedo y angustia, porque las personas experimentan o ven en otro el dolor, los tratamientos y las operaciones, y donde pueden constatar, en mayor o menor grado, un encuentro de la vida con la muerte. Por tanto, es un espacio sobrecargado de emociones, donde el niño está excluido de su entorno cotidiano y recluso con niños a los que no conoce, todo lo cual configura un ambiente muy distinto al de una clase escolar o al de una escuela regular.

De otra parte, el trabajo de sistematización muestra cómo es importante que las prácticas educativas acopien de manera sistemática registros de información, aunque la experiencia de tales prácticas no pueda ser atrapada por una sola estrategia de documentación o un proceso de sistematización como el que se emprendió con este estudio, pues el trabajo de reflexión crítica debe ser realizado, al unísono, por docentes de acompañamiento de las prácticas y los estudiantes en práctica en los ámbitos hospitalarios.

Este mismo asunto está atravesado por las dificultades con los procesos de lectoescritura que parecen persistir entre docentes y estudiantes, pues los primeros, no se arriesgan como intelectuales reflexivos de su hacer en la medida que

presuponen que los estudiantes son los únicos docentes en formación que deben reflexionar su práctica. En ese sentido hubo que recurrir a estrategias de entrevista para que los docentes acompañantes a cargo de periodos importantes de la práctica explicitaran cuáles fueron sus apuestas de formación y reflexión en la práctica, ya que no hay registros escritos de tales orientaciones.

Además, no se ha examinado con detenimiento las dificultades de pasar de un hablar reflexivo sobre el quehacer en la práctica al consignar por escrito tal reflexividad, lo que plantea un problema sobre cómo encadenar narrativamente la oralidad y la escritura pero, sobre todo, cómo explicitar las modificaciones imperceptibles que sufre el esquema corporal, donde se transforman al unísono las disposiciones mentales y afectivas, que muchas veces no pasan por la conciencia discursiva ni la explicación reflexiva, es decir, que excluyen la aprehensión contemplativa y destemporalizada, característica de la postura teórica.

Por tanto, nuestras prácticas han oscilado entre varias de las tendencias detectadas en la cartografía social, por momentos, con fuerte predominio de la figura del maestro y de enfoques que escolarizan el ámbito hospitalario o que se dirigen a realizar una educación en salud, y otras, en donde parece priori-

zarse un protagonismo infanto-juvenil relativamente formalizado y planeado mediante proyectos articulados por nodos de conocimiento o por proyectos más o menos estructurados, que por momentos se abandonan al activismo pedagógico de estudiantes.



Trabajo en habitaciones del cuarto piso en la práctica educativa en pedagogía hospitalaria, Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

Referencias Bibliográficas

- Alcaide González, R. (1999). Las publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939: un estudio bibliométrico, Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, No. 37, 1^o de abril. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn-37.htm>
- Beillerot, J.; Blanchard-Laville, C. y Nicole Mosconi, N. (1998). Saber y relación con el saber. Buenos Aires: Paidós.
- Domingo Roget, À. (2008). La práctica reflexiva en la formación de maestros. Evaluación de un modelo. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya. Facultat de Educació. Departament de Educació, Doctorado en Educación. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/279423138_La_practica_reflexiva_en_la_formacion_inicial_de_maestros_Evaluacion_de_un_modelo
- Pardo Novoa, A. ... [et al.] (2006). Prácticas pedagógicas universitarias: aproximaciones para su comprensión. Bogotá: Editorial Universidad de la Salle.
- Perrenoud, P. (2004). Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Barcelona: Graó.
- Reyes, Á. D. y Ortiz, L. M. (2008). Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate - Fundación Telefónica.
- Torres Carrillo, A. (1996). "La sistematización como investigación interpretativa crítica: entre la teoría y la práctica", en: Seminario Internacional sobre Sistematización y Producción de Conocimiento para la Acción. Santiago de Chile, octubre, 22 p. Recuperado de <http://centroderecursos.alboan.org/sistematizacion/es/registros/5870-la-sistematizacion-como-investigacion>
- Valles, M. S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Zeichner, K. M. (1993). "El maestro como profesional reflexivo", en: Revista de Pedagogía, No. 220. Barcelona: Fontalba, dic., pp. 44-49.



Uriel Ignacio Espitia Vásquez
Nuvia Marcela Barrera Aldana

"No es lo que existe,
sino lo que podría y debería existir,
lo que necesita de nosotros".
(Castoriadis, 1997)

Capítulo 3

*El dispositivo disciplinario escuela-hospital ¿una pedagogía hospitalaria de la infancia?*³

³ Este capítulo está basado en la ponencia presentada el 4 de octubre de 2013 en el Segundo Congreso Latinoamericano y del Caribe. La pedagogía hospitalaria hoy: políticas, ámbitos y formación profesional, organizado por la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en situación de enfermedad - REDLACEH. Ciudad de México, 3 y 4 de octubre de 2013.

La línea de investigación en pedagogía hospitalaria del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate (FUM, Bogotá-Colombia) ha desarrollado aspectos de la pedagogía hospitalaria desde 1982 en la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI), integrando las funciones sustantivas de la universidad: formación, investigación y proyección social.

Pese a ensayar varias alternativas educativas con niños, niñas y jóvenes que padecen distintas enfermedades y por tanto viven diferentes períodos de internación, nuestras prácticas han mantenido distancia crítica respecto de escolarizar su tiempo libre como modo de dar continuidad a su proceso educativo. Por consiguiente, este capítulo explicita por qué educar no es sinónimo de escolarizar, y crítica el modelo hegemónico de atención educativa de la población infantil y juvenil hospitalizada y, en su lugar, da cuenta de nuestra perspectiva de innovación educativa, así como se resumen los posibles desarrollos que cobrará nuestro particular modo de ensanchar la pedagogía hospitalaria.

La pedagogía hospitalaria o educación en el medio hospitalario es un espacio educativo en construcción. Este trabajo educativo en hospitales e instituciones de salud, forma parte de prácticas educativas no convencionales como las que tienen

lugar en las bibliotecas públicas, los ambientes familiares, los espacios comunitarios y los hogares de atención integral, entre otros, que, por lo común, no se circunscriben a la tradición escolar formal, por lo que se podrían considerar modalidades educativas no escolarizantes, aunque paradójicamente la tendencia mayoritaria en la pedagogía hospitalaria consiste en dar continuidad al currículo escolar.

Aunque de manera genérica compartimos la definición de pedagogía hospitalaria de González-Simancas y Polaino-Lorente (1990): como un tipo de pedagogía social que busca la atención y optimización de la educación de los pacientes sea cual sea su edad y estado físico o mental, intentando mejorar sus condiciones de vida a través de apuestas educativas, nos apartamos de creer que la educación se reduce a las prácticas de escolarización pues la institución escolar es una invención relacionada con la *alfabetización moderna* y, por tanto, ligada a la escritura como modo dominante de comunicación y a la *cultura escolar* como fuente de legitimación hegemónica. Como precisa Huergo (1998):

La cultura escolar comprende (...) prácticas, saberes y representaciones producidas y reproducidas a partir de la institución escolar. Pero también incluye las modalidades de comunicación y transmisión de saberes para poder actuar so-



Taller para la elaboración de instrumentos musicales en el servicio de Oncohematología de la Fundación Hospital La Misericordia (HOMI), primer semestre de 2010.

Fuente: Unimon serrate, 2010

cialmente (más allá de la escuela) que operan de acuerdo con la "lógica" escolar. En este sentido, la cultura escolar es una forma de producción, transmisión y reproducción que tiende a la organización racional de la vida social cotidiana. La cultura escolar transforma desde dentro la cotidianidad social, imprimiendo en ella formas de distribución, disciplinamiento y control de prácticas, saberes y representaciones aún más allá de los ámbitos identificados como la "institución escolar" (p.50).

La práctica educativa en pedagogía hospitalaria es un modo alternativo de formación de maestros –y de otras profesiones-, en las que sus acciones con intencionalidad educativa no tienen lugar en espacios propios del sistema educativo relacionado con la educación formal: colegios, escuelas o jardines, tampoco se implementa un currículo fijo y mucho menos aún se utilizan los procesos de disciplinamiento de los niños y jóvenes, que son característicos de una educación tradicional autoritaria.

Siguiendo a Foucault (1984), la escuela y el hospital, en tanto instituciones heterogéneas, conforman un dispositivo disciplinario de saber-poder y configuración de subjetividades (escolares hospitalizados y/o pacientes alumnos). Al entrelazar las prácticas de configuración de verdad de la instituciones escolares y de salud, conformamos una red que entremezcla dis-

cursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas; en resumen, elementos que pertenecen a lo dicho y no-dicho de los saberes y discursos de varias disciplinas, que a la larga devienen prácticas de captura o de pasaje de los individuos, en tanto que terminamos administrando, gobernando, controlando, orientando o educando sus comportamientos. Y esto sin contar que los niños, niñas y jóvenes hospitalizados, por lo general, cuentan todo el tiempo con la presencia de la institución familiar como sus acompañantes.

La singularidad de la pedagogía hospitalaria no estriba en el espacio en que tiene lugar este trabajo, ni en el tipo de población con que se ejercen las prácticas, sino en una apuesta ético-política respecto al lugar central que debe tener la infancia en la formación y socialización con las nuevas generaciones. La infancia es un régimen de representación útil para racionalizar, sostener o cuestionar las relaciones de poder entre las generaciones, que ha sido demarcado como una fase distintiva de la vida, con atributos raramente producidos por los propios niños, sin embargo, existen otro tipo de infancias, descentradas de esa idea de continuidad cronológica necesitada de crecimiento, progreso y desarrollo que afirman, sobre todo, sus capacidades, potencialidades y fortalezas.

Este tipo de infancia es propicio para el trabajo en las instituciones hospitalarias donde no hay por qué conmisera o compadecer al niño enfermo u hospitalizado, pues es una circunstancia donde el sujeto necesita apelar a todos sus recursos vitales para afrontar su situación o condición de enfermedad u hospitalización, y donde es posible desarrollar una relación con el saber a partir de configurar un ambiente de acogimiento, escucha y comunicación.

Apuntes para una cartografía de la pedagogía hospitalaria

Apelando a la noción de “campo académico” acuñada por el sociólogo Pierre Bourdieu, podemos argumentar que la diversidad de prácticas en la educación en el medio hospitalario conforman un campo interdisciplinar en que confluyen tradiciones disciplinares de la educación, del área de la salud y las ciencias humanas, por tanto, se entremezclan diversas perspectivas teórico-conceptuales, prácticas profesionales, en menor medida apuestas investigativas y de formación posgradual y prácticas sociales de diversa naturaleza, que operan con distintas lógicas y apuestas educativas, sociales, posiciones de poder y de prestigio social, así como de intereses económicos.

Si se analizan las formas en que se practica la pedagogía hospitalaria desde las instituciones universitarias, agencias estatales, oenegés y sinnúmero de fundaciones, instituciones hospitalarias y los discursos internacionales globales desde donde se enuncian perspectivas sobre los derechos del niño, los derechos de los niños hospitalizados, el derecho a la educación, o el derecho a la inclusión de las personas con discapacidad; es posible reconocer que estos discursos manifiestos están atravesados por diversos intereses, no-manifiestos, que son expresión de luchas por diversos tipos de poder o de capitales (económicos, culturales, sociales y simbólicos). Lo que siempre será fuente de fundación, configuración y reconstrucción del saber-hacer en este campo.

Pensar en términos de campo al interior de los espacios sociales, significa pensar en relaciones entre posiciones donde se formulan apuestas por la dominación, la subordinación o cierta paridad entre las prácticas, lo que es característico de cualquier apuesta social donde se configuren sentidos respecto de lo que entendemos como valioso o significativo desde el punto de vista cultural y educativo. Un *campo* es simultáneamente un espacio de conflicto y competición, comparable con un juego, o tal vez con un campo de batalla, en el que los participantes entrelazan sus fuerzas para establecer una hegemonía en donde se deciden qué perspectivas deben o no

prevalecer y hacia dónde enfocar los efectos de ese campo así constituido. Las prácticas educativas en la pedagogía hospitalaria se entremezclan con un conjunto variopinto de prácticas sociales que oscilan entre:

- Un enfoque *adultocentrista* que juzga a los niños y jóvenes como sujetos con menor libertad debido a que se los estima como individuos dependientes de las instituciones responsables de su crianza y socialización, con exigua experiencia y saberes en proceso de formación. En la medida que la noción de niño y joven son construcciones sociales, la mayor parte de estos discursos son producidos por los adultos sobre y para las nuevas generaciones, por lo que no están exentas de prejuicios, factores de discriminación y distancias respecto del estado actual de las nuevas generaciones en la sociedad contemporánea.

- Una perspectiva afín al *protagonismo infanto-juvenil*, construida desde una nueva sociología de la infancia que contempla que la niñez y la juventud pasen de un estado de invisibilidad, omisión y abyección psicosocial a un protagonismo y empoderamiento sociocultural, lo que implica una transgresión de las relaciones de poder instituidas en los distintos espacios y prácticas sociales, enfrentando por tanto, las resistencias de padres, maestros y gobernantes, y de la sociedad

como un todo, que siente amenazante y caótico este nuevo estatuto de los niños y jóvenes porque cambia las ideas de minoridad, desvalimiento, control y protección vigentes hasta hace poco.

Según Liebel (1996) es posible que el origen del término haya sido promovido durante los años setenta en Latinoamérica, cuando era común hablar del protagonismo popular de organizaciones de base conformados por mujeres, pobladores, trabajadores y campesinos que luchaban por mejorar sus condiciones de vida, criticando a las teorías de desarrollo que representaban a los sectores subalternos como atrasados y subdesarrollados. La postura del protagonismo ha servido para impulsar un movimiento donde las voces de niños, adolescentes y jóvenes no sólo son un registro de sus vivencias, anhelos y expectativas, sino una vía para pensarlos como ciudadanos plenos, con los mismos derechos que todas las personas y cuya participación política se apoya en el nuevo contrato social suscrito entre los Estados, los niños, sus organizaciones, las familias y comunidades alrededor de la Convención Internacional de los Derechos del Niño de 1989.

Esta Convención -más allá de crear vínculo entre sus firmantes y ratificantes-, establece estándares mínimos de reconocimiento y garantía de cumplimiento y respeto de los Derechos

Humanos de la infancia, sin embargo, una primera anomalía consistió en la exclusión explícita y programada del ejercicio de la ciudadanía, no sólo de hecho sino también de derecho para las nuevas generaciones ya que los niños pueden encontrar protección en el Estado civil, producto del pacto social, pero no forman parte de él. Una segunda anomalía de la Convención consiste en que la lucha de los niños por su derecho a la igualdad está desvinculada de la lucha por el reconocimiento de su diferencia. Y una tercera anomalía estriba en que la lucha por los derechos de los niños y los adolescentes, a diferencia de los otros grupos de excluidos, no ha sido una lucha propia sino ha quedado dependiente del discurso y del actuar de los adultos (Cf. Cussiánovich, 2006: 62-63),

Desde el punto de vista de la educación formal, la escuela es la institución pedagógica más importante, sin embargo, no se examina con claridad que se trata de una institución que no ha existido siempre y posiblemente tampoco puede perpetuarse, aunque perviva, como elemento consustancial a todas las sociedades, la función educativa a través de múltiples canales y procurando ofrecer a las nuevas generaciones un futuro, mediado a través de una relación con el conocimiento, pero de manera más general con la importancia social de saber.

Occidente parece haber privilegiado el vocablo latino *Schola*, traducido por lección obligatoria, en la medida que la escuela pública se convirtió en una estrategia de socialización masiva y en el paso obligado para todos los niños, especialmente los de los sectores populares. Sin embargo, desde los años sesenta y setenta han arreciado las críticas a este dispositivo, pues se han incumplido los objetivos de universalización de la escolaridad básica y el deterioro de la calidad de la enseñanza multiplicó el número de los analfabetos funcionales, al tiempo que hizo de América Latina la región con mayores porcentajes de fracaso escolar en el mundo.

El otro destiempo de la escuela es que ahonda la brecha de América Latina respecto de la producción de ciencia y tecnología, pues no forma los niños en asumir un pensamiento científico propio. El modelo de comunicación que subyace a la educación encarna y prolonga el régimen de saber que instituyó la comunicación del texto impreso, pues la revolución cultural que introdujo la imprenta instauró un mundo de separaciones, que territorializó las identidades, graduando y segregando a los niños y jóvenes según las etapas de aprendizaje, instituyendo dispositivos de control social de la información o del secreto. La escuela, al convertir la edad en el criterio cohesionador de la infancia permitió “una doble correspondencia: entre la linealidad del texto escrito y el desarrollo escolar -el

avance intelectual va paralelo al progreso en la lectura-, y de éste con las escalas mentales de la edad. Esa correspondencia estructura la información escolar en forma tan sucesiva y lineal que, de un lado, todo retraso o precocidad serán tachadas de *anormales*, y de otro se identificará la comunicación pedagógica con la transmisión de contenidos memorizables y reconstituibles: el ‘rendimiento escolar’ se mide por edades y paquetes de información aprendidos. Y es a ese modelo mecánico y unidireccional al que responde la lectura pasiva que la escuela fomenta prolongando la relación del fiel con la *sagrada escritura* que la Iglesia instaurara” (Martín-Barbero, 1999, p. 7).

Para la *educación no formal*, ha crecido el repertorio de medios e instituciones que realizan prácticas educativas en el tiempo libre de las personas, sobre todo incorporando otro tipo de relaciones de saber-poder, nuevos lenguajes y tecnologías. La informalización de lo educativo tal vez avanza en función de la resignificación de la palabra *Skholé* (*σχολή*) que entre los griegos significaba juego y ocio creativo, lo que entrañaba un tiempo libre disponible para sí mismo, desentendido de la necesidad de trabajar, que evidentemente sólo podían disfrutar unos privilegiados puesto que en la sociedad griega imperaba un régimen esclavista.

Pierre Bourdieu, en su libro *Meditaciones pascalinas*, plantea que, un uso libre del tiempo es condición de una relación distanciada, especulativa, desinteresada del mundo social, por lo que no es un tiempo útil para trabajar ni emplearse. Según Bourdieu (1999):

El tiempo liberado de las ocupaciones y preocupaciones prácticas es la condición misma del ejercicio escolar y de las necesidades arrancadas a las necesidades inmediatas, tal como el deporte, el juego, la producción y contemplación de las obras de arte y todas las formas de especulación gratuita que no tienen otro fin que ellas mismas (p. 25).

En ese sentido, el estudio permitido por el ocio fundamenta una disposición escolástica, una relación lúdica y reflexiva con el mundo, donde un “desocupado lector”, a través de un tiempo de libertad, tramita su relación con lo desconocido, con aquello que lo interroga, apasiona, mueve, para pensar el mundo y cambiarlo.

Este conjunto de oposiciones aquí referidas puede representarse en un sistema de ejes cartesiano u ortogonal, en la medida que ese plano permite delimitar cuatro cuadrantes, opuestos y relacionados entre sí y, numerables en el sentido en que avanzan las manecillas del reloj:

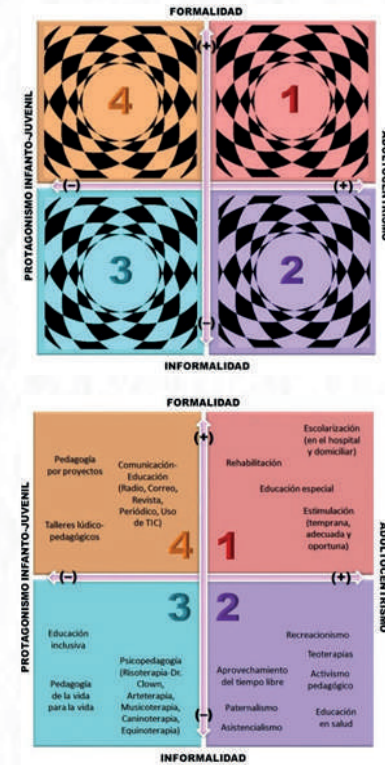


Figura 2. Aproximación al campo de acción académico de la pedagogía hospitalaria.

La coordenada horizontal (*abscisa X*) el par *adultocentrismo - protagonismo infanto juvenil* señala la tensión entre el estatus social cambiante de los niños, niñas y jóvenes (gracias a sus capacidades de participación y acción), y las definiciones de la infancia, siempre monopolizadas por los adultos y a menudo realizadas en nombre de los niños, y que experimentamos cotidianamente como una ruptura generacional.

Esa coordenada oscila entre una infancia entendida como una cronología referida al desarrollo, la historia y al tiempo lineal, secuencial y numérico con que trabaja la ciencia aplicada y la psicología genética experimental y una infancia comprendida más como experiencia discontinua, intensidad que fluye o decae, fuerza que crece o merma, pasiones alegres y pasiones tristes, que irrumpen sobre lo establecido, causan acontecimiento, revolucionan la historia y dan paso a distintos tipos de expresiones de la subjetividad.

La ordenada (*eje Y*) el par *educación formal - educación no formal* representa la tensión entre lo instituido y lo instituyente según la teorización de Cornelius Castoriadis (1989), señalando la tensión entre un máximo valor de las instituciones establecidas y de los sistemas escolares formales característicos de la modernidad, y un máximo valor de informalidad donde han surgido otro tipo de educaciones más centradas en alfa-

betizaciones múltiples posmodernas como las que realizan los medios y nuevas tecnologías alrededor de una cultura visual-digital, pero que experimentamos cotidianamente como una *educación en crisis*.

Esta ordenada oscila entre la cultura escolar reproducida a partir de la institución escolar como maquinaria de disciplinamiento, afín a la lógica escolar que procura una organización racional de la vida cotidiana de las culturas populares, pero también de prácticas y procesos que apuestan a otro tipo de educaciones mediante formas de organización no-convencionales, una educación expandida o abierta que puede suceder en cualquier momento y lugar, pedagogías activas, críticas y proclives al diálogo de saberes, conocimientos experimentados de manera divertida o lúdica y que no se apegan a diferenciar ciencia y arte, movilizadoras del cuerpo y las pasiones, que usan narrativas colaborativas y siguen la consigna característica del movimiento punk: *hazlo tú mismo*.

Hospitalidad

En vez de entender la educación como un proceso reducido a la trasposición del currículo escolar formal en el hospital, para agenciar una formación meramente intelectual de los niños y jóvenes bajo el dominio de la planificación tecnológica, creemos más propicio comprenderla como un *acontecimiento* que demanda una tarea pedagógica *radicalmente novedosa* y distinta, donde no fabricamos al otro o lo volvemos competente, sino donde hay que inventar *una* pedagogía hospitalaria de los niños y jóvenes como recién llegados a la cultura, con los que hay que co-construir un conocimiento que parte de un reconocimiento de sus potencialidades, capacidades y talentos.

Antes que unas prácticas de dominación, disciplina, control y evaluación son necesarias unas relaciones de *acogimiento* de la novedad que representa la infancia de las nuevas y de las antiguas generaciones. *Una* pedagogía que reconozca que la hospitalidad forma parte del acogimiento del otro como parte de construir un hábitat amañador y unas relaciones de convivencia para el propio maestro y todas las otras personas que tienen injerencia con lo educativo.

Como plantea Hannah Arendt (1996): “La esencia de la actividad educativa es mimar y proteger algo: el niño, ante el

mundo; lo nuevo, ante lo viejo; lo viejo, ante lo nuevo” (p. 204). Necesitamos *una pedagogía del nacimiento*, del *comienzo*, *una pedagogía hospitalaria de la infancia*, no puede ser una pedagogía asentada en la noción de niño característica de las teorías del desarrollo, centrada en la edad cronológica o pendiente de los logros cognitivos, tampoco puede ser una pedagogía naturalizada desde la lógica de las imágenes dominantes sobre el niño y la niña, de la falta, la negación, la impotencia o la imposibilidad.

Para nuestro grupo de investigación, la pedagogía hospitalaria educa, sobre todo al maestro en formación, en la *hospitalidad*, es decir, en recibir, acoger, dar la bienvenida, atender, albergar, cuidar al otro sin imponerle condiciones, una práctica que deja llegar la alteridad que representa un niño con sus dones y potencialidades respetando su especificidad emocional, cognitiva, corporal, social y cultural. La infancia es otra de las figuras del extranjero, que nos parece extraño y ajeno porque no habla nuestra lengua, ni está familiarizado con nuestras costumbres y que irrumpe nuestro estado de normalidad con su extraña presencia (Cf. Kohan, 2007, p. 13-16).

Es oportuno recordar que hospitalidad deriva de la palabra latina *hospes* que significaba “huésped” o “visita”, pero también “hospedador”, al igual que sucedía con el término homólogo

griego *xenos*. Durante la Edad Media, de *hospes* derivó *hospitālis*, “casa para visitas foráneas”. Como precisó Foucault en la tercera conferencia dictadas en el curso de medicina social en la Universidad Estatal de Rio de Janeiro en 1974:

El hospital, como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de Occidente desde la Edad Media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria. Conviene recordar esa situación para comprender la innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico (...). Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre moribundo. Se trata de una persona que necesita asistencia material y espiritual, que ha de recibir últimos auxilios y últimos sacramentos. Esta era la función esencial del hospital. Decíase en aquellos tiempos -con razón- que el hospital era un lugar para ir a morir. El

personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte, en la salvación espiritual más que en lo material, unida a la función de separar los individuos peligrosos para la salud general de la población (Foucault, 1978, p. 22-23).

La hospitalidad para con el niño, la niña y el joven enfermos que estamos preconizando, podría guiarse por una intencionalidad: la atención o el cultivo de la infancia en tanto que, acogida a una condición infantil, que no cesa, aun cuando seamos adultos. Si precisamos de *hospitalidad* (*hospes*) en la educación es porque reina la *hostilidad* (*hostes*) hacia las nuevas generaciones, pero sobre todo hacia la infancia, porque los modelos de educación autoritarios y tradicionales que prevalecen representan una *hospitalidad hostil* para con ellos y sus potencias creadoras, pues les imponemos permanentes y ambiguas condiciones y un rápido abandono de la “edad infantil” con miras a “progresar” o “desarrollarse” hacia la madurez y la edad adulta.

A fin de establecer acciones creadoras de novedad, deberíamos afanarnos por propiciar las condiciones para la creación de experiencias inolvidables y de vitalización en medio de las condiciones de enfermedad, hospitalización e incluso de vecindad con la muerte. Como forma de impulsar un sujeto autorreflexivo, capaz de tomar decisiones, evaluarlas y corregirlas, a sabiendas que en su mayoría no se trata de sujetos autónomos, sino fuertemente dependientes y heterónomos, pero con los cuales hay necesidad de construir su capacidad de proposición y apalabramiento de su experiencia. En ese sentido, la pedagogía hospitalaria es un acto político permanente, en tanto pone en juego todo el tiempo la capacidad de elección libertaria del maestro y del aprendiz.

Esta pedagogía hospitalaria tiene como principio fundamental la centralidad del lugar del niño, de su palabra y su deseo, en ese sentido, más que indicarle acciones imitativas de lo que puede hacer el adulto, lo convida a hacer independientemente, o conjuntamente, como forma de construir una sociedad de saberes compartidos. Estos saberes compartidos deben ser buscados en la riqueza y diversidad sociocultural que caracteriza a los niños de los hospitales y a sus familias, por esto mismo, será difícil construir un modelo único de practicar este campo pedagógico, porque también cuentan en este tipo de haceres, el tipo de padecimiento de los niños y jóvenes, su extracción social, su capital cultural y los diversos tipos de

apuestas que dinamizan las instituciones hospitalarias y las organizaciones que atienden educativamente estas poblaciones.

Como se insistió en la crítica respecto del modelo de formación de la escuela tradicional, a este particular modo de enseñanza-aprendizaje también está asociado un modelo de comunicación, razón por la cual, una pedagogía hospitalaria de la infancia debe preocuparse por instaurar un ecosistema comunicativo, para facilitar el conocimiento y reconocimiento entre los sujetos, así como la expresión de sus formas de pensar, sentir y vivir, como modo de tejer relaciones de convivencia y comunidad de intereses entre actores que no se conocen pero que comparten un mismo contexto y similares o dispares modos de sufrimiento.

Una pedagogía hospitalaria del niño y la niña debe educar al educador y las nuevas y antiguas generaciones en aprender a escuchar al otro, para que pueda ser interlocutor válido y donde cuente su palabra. En ese sentido Jesús Martín-Barbero ha insistido en la polisemia de la palabra “contar”, en el sentido que implica tanto la posibilidad de narrar la propia historia, como de ser tenido en cuenta y contar a la hora de hacer cuentas, es decir, de poder evaluar lo que se hace, lo que se propone, de construir un juicio crítico sobre las acciones propias y ajenas.

Si las realizaciones que pretende una práctica hospitalaria no son mero discurso disonante de la experiencia que tiene lugar, la pedagogía hospitalaria también debe preocuparse por la formación democrática del sujeto, garantizando -en la práctica-, los derechos del niño. Principalmente los derechos hacia una activa participación y protagonismo de las nuevas generaciones frente a las prácticas de poder y dominación de los adultos, pero también, de los deberes que entraña la condición ciudadana. Sobre todo, porque el discurso de los derechos plantea un niño plenipotenciario, pero sin obligación, cuidado o respeto por los derechos del otro.

Por último, la pedagogía hospitalaria debe preguntarse por el lugar de la familia, en tanto que el niño, la niña y los jóvenes forman parte de una ambiente familiar que, a partir de la enfermedad y del proceso de hospitalización, también se “hospitaliza”, lo que activa relaciones complejas, de situaciones tensionantes y problemáticas, que fortalecen o desbarajusta la dinámica familiar, todo lo cual incide en la recuperación y autocuidado de estos jóvenes pacientes, lo que abre múltiples preguntas sobre la importancia del trabajo con padres y madres de familia.

En tanto que hemos definido la pedagogía hospitalaria como una relación interdisciplinar, esta necesita construir puentes

de trabajo común con la comunidad hospitalaria, específicamente con el personal de enfermería, médicos y personal administrativo, progresando hacia relaciones cada vez más horizontales, de mutuo aprendizaje y diálogo de saberes, procurando mantener la especificidad y naturaleza de cada disciplina y encontrando problemas comunes que auspicien el necesario desborde disciplinar.



Estudiante del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate en su práctica en pedagogía hospitalaria en el tercer piso de la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013



Estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate departiendo en la cafetería de la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

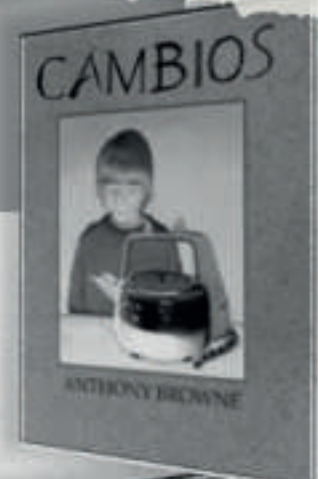


Trabajo en el pasillo del cuarto piso en la práctica educativa en pedagogía hospitalaria, Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

Referencias Bibliográficas

- Arendt, H. (1996). La crisis de la educación, en Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política. Barcelona: Ediciones Península, pp. 269-302.
- Bourdieu, P. (1999). Meditaciones pascalianas. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Castoriadis, C. (1989). Las significaciones imaginarias sociales, en La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets Editores, vol. 2, pp. 283-334.
- Cussiánovich, A. (2006). Ensayos sobre infancia: sujeto de derechos y protagonista. Lima: Instituto de Formación de Educadores de Jóvenes, Adolescentes y Niños Trabajadores de América Latina y el Caribe - IFEJANT.
- Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2000). La hospitalidad. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Foucault, M. (1974). Incorporación del hospital en la tecnología moderna, en: Educación Médica y Salud, Vol. 12, No. 1, pp. 20-34. Universidad Estatal de Rio de Janeiro. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4931.pdf>
- _____ (1984). El juego de Michel Foucault, en Saber y verdad. Madrid: Ediciones de la Piqueta, pp. 127-162.
- Fundación Universitaria Monserrate (2013). Especialización en pedagogía hospitalaria. Documento maestro para solicitud de registro calificado. Bogotá: FUM - Facultad de Educación, marzo.
- González-Simancas, J. L. y Polaino-Lorente, A. (1999). Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos. Madrid: Narcea.
- Huergo, J. A. (1998). Las alfabetizaciones posmodernas, las pugnas culturales y los nuevos significados de la ciudadanía, en: Nómadas, No. 9. Bogotá: Universidad Central-DIUC, octubre, pp. 49-60. Recuperado de
- Kohan, W. (2007). Extranjería y hospitalidad, en Infancia, política y pensamiento: ensayos de filosofía y educación. Buenos Aires: Editorial del Estante, pp. 13-16.
- Liebel, M. (1996). El protagonismo infantil organizado de las niñas y niños trabajadores, en: Sobre protagonismo infantil: materiales de estudio. Movimiento de Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores de Nicaragua. Managua: Cuadernos NATRAS, No. 4.
- Martín-Barbero, J. (1999). Heredando el futuro. Pensar la educación desde la comunicación, en: Nómadas, No. 5. Bogotá: Universidad Central, DIUC, octubre, pp. 5-17.
- Tadeu Da Silva, T. (1997). El proyecto educacional moderno: ¿identidad terminal?, en: Veiga Neto, A. J. (comp.). Crítica pos-estructuralista y educación. Barcelona: Editorial Laertes, pp. 273-290.
- Trilla Bernet, J. ... [et al.] (1993). La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.



Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Capítulo 4

Leer y escribir nuestra enfermedad: una experiencia hospitalaria ⁴

⁴Capítulo basado en la ponencia presentada el 9 de octubre en el Congreso ASCOLBI UNIRECS 2014. XIII Congreso Nacional de Bibliotecología y Ciencia de la Información y XX Jornada Nacional y V Internacional de Actualización y Capacitación de Bibliotecas Médicas: "Bibliotecas: espacios de aprendizaje interdisciplinario". Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina, 7-9 de octubre.

Breve recuento de nuestra experiencia en pedagogía hospitalaria

El acercamiento a la pedagogía hospitalaria de la Fundación Universitaria Monserrate data de 1984. En ese entonces el programa de Licenciatura en Educación Preescolar le propuso al Hospital de la Misericordia una alianza para que nuestras estudiantes pudieran realizar prácticas de formación profesional con población infantil hospitalizada, lo que sirvió para ampliar el campo de prácticas que realizábamos en instituciones educativas convencionales como colegios y jardines infantiles y en ámbitos no convencionales como, fundaciones, bibliotecas públicas y bibliotecas comunitarias. Para el efecto, suscribimos una alianza interinstitucional e iniciamos un trabajo pedagógico y educativo centrado, en componentes comunicativos, estéticos y socioafectivos.

Esta internación en el ámbito hospitalario pediátrico y los hospitales y clínicas generales es distinta de la que experimentan los niños, niñas, jóvenes y sus familias en los procesos de “mantenimiento” y rehabilitación, o los que acontecen en las fundaciones y hogares de paso, también asociadas a este circuito de instituciones de ayuda al niño enfermo.



Espacio de reflexión sobre la práctica educativa en pedagogía hospitalaria en la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI). Profesor y estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Preescolar y de Trabajo Social de la Fundación Universitaria Monserrate, primer semestre de 2013.

Fuente: Nury Andrea Espitia en 2013

En los estudios realizados entre 1945 y 1946 por el psicoanalista húngaro René Spitz (1952, 1972) sobre el desarrollo infantil en un orfanato de Estados Unidos con cerca de 91 bebés que sufrían internación prolongada, encontró que pese a que se atendían de forma adecuada sus necesidades físicas, por la condición económica de sus madres, no podían dar cuidados afectivos maternos, los niños terminaban presentando daños psicosomáticos irreparables, eran más propensos a infecciones, no podían sentarse, estar de pie, andar o hablar y morían, debido a que entraban en marasmo (agotamiento y delgadez extrema) y depresión anaclítica, Spitz totalizó estas condiciones de privación psicoafectiva como el “síndrome de hospitalismo”. Sus estudios produjeron transformaciones revolucionarias en la pediatría respecto de la atención y cuidado hospitalario que hoy permite a los niños contar con la presencia de sus padres o cuidadores, lo que redundó en una recuperación más rápida.

No obstante, durante la internación hospitalaria actual aún prevalece una disposición institucional que restringe la interacción entre las personas, lo que produce distanciamientos con otros pacientes, con otros miembros de la familia y con los amigos, pues los períodos de espera diagnóstica, intervención quirúrgica, aplicación de tratamientos, convalecencia y/o

rehabilitación, entrañan para las personas una ruptura con su vida cotidiana y sus formas acostumbradas de utilización del tiempo, del espacio y la fuerza con la que disponen su vida afectiva; razones todas por las que los ámbitos hospitalarios y la reclusión que representan, equivalen para las personas y sobre todo para los niños y niñas, a vivir una situación de desarraigo, pérdida de la movilidad e inactividad prolongada, a experimentar sentimientos de soledad, distanciamiento, estrés, encerramiento, miedos, angustia, desequilibrio en las relaciones familiares, a sufrir procesos de pérdida de la individualidad y la privacidad que empieza con el desnudamiento, la supresión de los símbolos personales identitarios, la sujeción a un régimen de despersonalización y tratos y manipulaciones percibidos como inhumanos, así como al saber omnímodo de la medicina, la exposición a riesgos como las infecciones nosocomiales u hospitalarias y la posibilidad de morir o quedar discapacitado, para el caso de las enfermedades más graves.

Este contexto inusual del medio hospitalario para la formación pedagógica inspiró a los primeros grupos de estudiantes y profesores de la Monserrate que realizaban sus prácticas en el entonces “Hospital de la Misericordia”, a inventar cómo resignificar estas condiciones de internación desde un punto de vista educativo, pedagógico y didáctico. Esto ha sido un largo proceso, pues comenzamos con formas de intervención pa-

terralistas donde se ayudaba a bañar o alimentar a los niños, y progresivamente se fueron incorporando estrategias de lectura de cuentos infantiles, juegos, hechura de manualidades, recreación, distintos tipos de trabajo con padres y madres de familia.

Desde el punto de vista de la construcción de conocimiento, estas prácticas desarrollaban procesos de transposición didáctica del saber-hacer construido en los escenarios de otras prácticas educativas o desde la propia formación de los practicantes y profesores aprendida en preescolar, básica y media, o de la educación no-formal.

Según Miguel Ángel Gómez (2005), el sociólogo francés Michel Verret fue el inventor del concepto de “transposición didáctica” en 1975, esa transmisión de los que saben a quienes están aprendiendo implica que el tipo de saber transmitido debe sufrir una selección y transformación entre las prácticas de enseñanza o transmisión y las prácticas de invención. No obstante, la fragmentación (desincretización) y despersonalización (desvinculación de su productor) que sufre todo saber sabio, conducen a ignorar el contexto y las condiciones de su emergencia, lo que termina por deshistorizar y deslocalizar los saberes.

No obstante, con ejercicios de observación participante y reflexión crítica sobre las propias intervenciones, y acicateados con la pregunta: ¿qué puede hacer un docente en el hospital?, aprendimos que debíamos diseñar nuevas apuestas educativas que trascendieran el quehacer educativo tradicional, sobre todo renunciando a trasplantar la escuela al hospital, si queríamos configurar prácticas pedagógicas pertinentes a las necesidades de estas personas.

Esta búsqueda por comprender e imaginar otras condiciones educativas para el contexto hospitalario, identificando las particularidades y diferencias respecto de los escenarios de la educación formal y descentrándonos de los modelos disciplinarios y disciplinantes de la escuela tradicional, hicieron que las prácticas en el año 2005 incorporaran un componente investigativo, con el que pudiéramos, comprender y relativizar lo que hacíamos y producir un nuevo conocimiento a fin de consolidar un proyecto donde integráramos la docencia y la investigación universitaria, con las prácticas con los niños y niñas enfermos y hospitalizados, para entenderlas como un espacio de formación de los estudiantes y tomarlas como formación permanente de los profesores acompañantes.

Como la Vicerrectoría Académica de la Unimonserate abrió

convocatoria para financiar proyectos de investigación en 2005, se presentó una propuesta para efectuar un *Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria* que, a la postre, permitió configurar un primer grupo de investigación sobre el tema y que entregó su informe final en el segundo semestre de 2006. En el 2008 publicamos esta revisión bibliográfica como parte de la alianza suscrita con la Fundación Telefónica para instalar siete aulas hospitalarias apoyadas en TIC en instituciones de carácter médico-asistencial del país, inicialmente cuatro en Bogotá y a partir de abril de 2009 otros tres hospitales en Bucaramanga, Cali y Manizales.



Taller de construcción de instrumentos musicales Oncohematología
4 - febrero - 2010

Fuente: Unimonserate, 2010

En agosto de 2011 creamos junto con otras universidades la *Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria (REDCOLPH)* con miras a visibilizar las 32 experiencias nacionales y aulas existentes en este campo educativo y para impulsar la construcción de conocimiento mediante la sistematización de sus prácticas, ya que estas aulas y experiencias cuentan con distintos apoyos: hospitales públicos y privados, universidades, Instituciones de Educación Superior, fundaciones, empresas como la Fundación Telefónica y agencias del Estado como la Secretaría de Educación del Distrito, la Secretaría de Salud Distrital, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPi).

Entre 2010 y 2013 nos esforzamos por aplicar el método de proyectos, fundamentado en la propuesta de transformación democrática del sistema educativo norteamericano por parte del filósofo, pedagogo y psicólogo John Dewey. Sus principales características fueron expuestas en 1918 por los trabajos de su discípulo William Heart Kilpatrick (traducidos en 1962 por Lorenzo Luzuriaga). Este modo pragmático de enseñanza-aprendizaje, se basa en la movilización de los intereses de los niños y jóvenes para ejecutar proyectos de construcción de conocimiento, investigación y producción que son el centro

del proceso de aprendizaje, que se produce en experiencias significativas donde los educandos son copartícipes de la propuesta, la planificación, la producción y la comprensión evaluada de una experiencia educativa.

Es clave, motivar en ellos una *relación con el saber*, así como la responsabilidad, el esfuerzo y el trabajo cooperativo. No obstante, bajo las condiciones del hospital y nuestras propias prácticas, encontramos dificultades para adelantar estos proyectos: la principal, que en los hospitales no es posible organizar los niños por edades y niveles de aprendizaje, ya que no trabajamos en aulas sino en pasillos, salas de espera y habitaciones. También el tiempo es problemático, puesto que efectuamos trabajos de dos o dos horas y media de duración. Otro gran obstáculo es la fluctuación de la población, ya que muchos de los niños egresan rápido de la institución y quienes padecen enfermedades crónicas, huérfanas o síndromes complejos de enfermedad, se inclinan mucho más a retomar o progresar en sus grados de escolarización, aunque algunos están desmotivados por aprender, y si están expuestos a riesgos de muerte, quieren hacer algo que no se han atrevido nunca a hacer. A esto hay que sumar los intereses y presencia de los padres y madres de familia, como también, que nuestros estudiantes y profesores no se exponen a una experiencia donde los finales son abiertos, porque no existen respuestas correctas, pero, sobre todo, donde deben lidiar con cantidad de factores que no pueden controlar,

entre los que sobresale la condición de enfermedad.

Entre septiembre de 2013 y febrero de 2014 ejecutamos la consultoría: *Pedagogía hospitalaria para la primera infancia*, como parte de la estrategia nacional del programa *De Cero a Siempre* que gestiona la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI), fundamentado en las actividades rectoras de la infancia (juego, arte, literatura y exploración del medio), los estructurantes de la educación inicial (cuidado y crianza, la salud, la alimentación y nutrición, la educación inicial, la recreación y el ejercicio de la ciudadanía y la participación) y los cinco principios de la pedagogía hospitalaria establecidos desde nuestra experiencia en este campo educativo (hospitalidad, cuidado de sí y del otro, relación con el saber y el conocimiento, protagonismo infantil y vitalización).

Elaboramos un diseño pedagógico articulado mediante Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs) en tres hospitales públicos del Pacífico colombiano focalizados por la *CIPI*: el Hospital César Uribe Piedrahita de Cauca, en el Bajo Cauca Antioqueño; el Hospital Departamental San Francisco de Asís de Quibdó-Chocó; y el Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali en el departamento del Valle.

Por último, desde el segundo semestre de 2014 centramos las

prácticas educativas alrededor del pilotaje de un proyecto de animación y promoción de la lectura utilizando la literatura infantil y juvenil para facilitar procesos narrativos de las emociones de los niños en situación y condición de enfermedad y de sus familias, en la Clínica Nicolás de Federman de la localidad de Teusaquillo, la Fundación HOMI de la localidad de Los Mártires, la Fundación Pequeños Héroes Totus Tuus de la localidad de Los Mártires y en la Fundación Ángeles FUNAN de la localidad de Tunjuelito, desarrollado con estudiantes de la Licenciatura en Educación Preescolar, la Licenciatura en Educación Básica y de los programas de Trabajo Social y de Administración de Empresas de la Fundación Universitaria Monserrate.

Orientación de la pedagogía hospitalaria en las instituciones de atención en salud donde realizamos nuestras prácticas

En el programa de Licenciatura en Educación Preescolar hemos mantenido interés en aprender a diseñar ambientes comunicativos en medio de las experiencias pedagógicas de nuestras prácticas en pedagogía hospitalaria. En este trabajo, las relaciones interpersonales y la comunicación efectiva y afectiva, así como la empatía que pueda construirse con los pacientes, son determinantes de la interacción pedagógica. Estos com-

portamientos comunicativos están relacionados con las distintas actitudes y calidad de la experiencia que tienen los actores implicados en la relación pedagógica. La interacción comunicativa no se dirige solo al niño, sino que involucra también a su familia, aprendiendo a lo largo de la práctica, sobre todo, a escuchar a unos y otros.

Si uno se fija en tales intercambios, aparecen aspectos importantes para la construcción de la confianza, como el sentimiento de reconocimiento y una genuina preocupación por la situación de estas personas, presentarnos y convidar a participar voluntariamente en las actividades, saludar y despedirse con palabras afectuosas, establecer conversaciones lúdicas y hacer pequeñas bromas con el lenguaje, estimular la risa y la alegría con pequeños comentarios, hablar de temas cotidianos, aprender a guardar silencio respetuoso ante las manifestaciones de dolor y sufrimiento, dar palabras de aliento, ánimo y esperanza, animar a que todos hablen incluyendo a los más tímidos y rezagados, destacar los logros en las actividades, evaluar de forma participativa los aprendizajes alcanzados.

Además de esta *semiótica significativa* también operamos con una *semiótica asignificante*, más difícil de identificar, y a la que poco prestamos atención, pero que actúa desde y so-

bre el cuerpo por influjos como los pensamientos, los deseos, los afectos, las emociones y los humores del cuerpo humano; toda una pragmática del lenguaje que también resulta siendo generadora de experiencias, fuerzas y acciones, dando lugar a relaciones difícilmente asignables a un sujeto, a un yo, o a un individuo, sino que más bien son producto de una interacción que moviliza –en el contexto de los ambientes de salud y alrededor de las situaciones de sufrimiento, dolor, enfermedad y muerte–, una increíble energía entre los jóvenes pacientes, sus familias, así como en nuestros practicantes y los docentes de acompañamiento.

No hay que olvidar que vivimos en un mundo de alta densidad semiótica donde la comunicación, la información y las capacidades humanas de innovación se convirtieron en la base del actual sistema productivo. De allí que facultades humanas como el lenguaje, los afectos, la inteligencia, la comunicatividad, el juego, la creatividad, la capacidad de adaptación continua al cambio, de aprendizaje y cooperación, pasaron a convertirse en factores directamente productivos o en condiciones previas indispensables para la producción. En este nuevo mundo –signado por la inequitativa globalización neoliberal–, no sólo cuentan el lenguaje y el registro tradicional de la representación y la significación, encarnado en semióticas significantes con las que damos cuenta de la institucionalización, de los procesos de subjetivación, de la alienación subjetiva y

de las formas como asumimos normas, leyes, roles y funciones establecidas, en últimas, la forma como adquirimos una conciencia racionalista de construcción de un yo.

Ahora también cuentan, sobre todo, las *semióticas a-significantes* que señalan un problema lingüístico, porque las ciencias sociales hasta los años 70 erigieron como modelo las investigaciones de Ferdinand Saussure y los desarrollos estructuralistas acerca de una simple realización –individual del fenómeno– social de la lengua. Estas *semióticas asignificantes* involucran todas las máquinas de producción de signos: la moneda, la televisión, el cine, los computadores, las ecuaciones científicas, los planos, fórmulas, diagramas y ecuaciones de la ciencia, la escritura musical, las sintaxis informáticas y robóticas que articulan al individuo como elemento o componente de una máquina, que terminan por constituir una *subjetividad* afectiva gracias a que incluyen medios de expresión preverbales, corporales o icónicos tales como la danza, la mímica, la música, las posturas, las crisis de nervios o de llanto, el miedo, la angustia y el pánico, las intensidades afectivas de movimiento o de ritmo. Signos que, en lugar de producir una significación, nos activan, nos ponen en movimiento, desencadenando en nosotros acciones, reacciones, comportamientos, actitudes y posturas. Es una producción de subjetividades, una producción de sentido a partir de elementos de ruptura de sentido, indecibles e incommunicables. (Cf. Guattari, 1975;

Lazzarato, 2007)

Estos “mensajes” no se intercambian mediante cadenas lingüísticas, la palabra no ocupa primer plano, sino mediante posturas corporales, acompañadas de mímicas, intensidades, movimientos, ritmos, ruidos, como también los sonidos, músicas, colores, imágenes. Estas semióticas preverbales, corporales e icónicas escriben directamente sobre lo real porque ponen en circulación miedos, angustias, tristezas, pero también alegrías, cambios de humor, desahogos, e incluso un temporal olvido del dolor, de la enfermedad, de las sensaciones de encerramiento, soledad y abandono.

En nuestro trabajo son producto de adoptar una postura corporal a la altura del niño o niña, de prodigar pequeños mimos y caricias en la cabeza, hombros y manos, así como miradas de comprensión o consuelo, de sostener la mirada cuando hablamos con las personas, de crear un clima de amistad y acogimiento con los movimientos de nuestro cuerpo, de jugar en los espacios, hacer sonar músicas, introducir colores, ambientar los espacios, usar materiales inusitados, crear juguetes, así como dinámicas y modos de interacción afectivos y atractivos.

En esta comunicación se pone en directa relación el cuerpo de la docente de preescolar con el cuerpo de los niños, como describe Ruth Milena Páez (2008), maestra distrital de prees-

colar y primaria. Ella comienza afirmando que la delgadez o gordura del cuerpo de la maestra no es determinante, pero sí que pueda ser explorado y apropiado por los niños, lo que ocurre cuando ella se flexiona a su propio tamaño, pues sus alumnos necesitan mirar su rostro, sentir su cercanía, su presencia física, de su corporalidad para conocer, para ser acogidos, cuidados y atendidos por su cuerpo externo volcado en acción. Este cuerpo de la docente ha sido formado para estar expuesto y dispuesto, en general, a una cercanía física que se presenta de cuatro modos: como cuerpo *protector*, cuerpo *sin protección*, cuerpo *en movimiento* y cuerpo *sujetador*, relación “evidente en la formación de los pequeños, que va disminuyendo en la relación con los adolescentes” (pp. 126-128).

El cuerpo femenino de la maestra palpita protección y es lo que ella hace cuando entra en relación con los niños de preescolar: cuidarles (...) El cuerpo de la maestra está expuesto a los olores, roces, pellizcos, abrazos, besos, excreciones... No puede ser impermeable a esto, ni un día decidir que su cuerpo no va a existir, no va a tocar, no va a mirar (...) Un cuerpo que “prodiga cantos, gritos, arrullos, preguntas, y donde los niños leen enojo, alegría, felicitación, regaño, juego; una voz que revela emociones” (Páez, 2008, p. 130).

Por su parte, las voces de los niños indican alegría, tristeza, enuncian un deseo o una necesidad, gritan de rabia, informan

de la cercanía o distancia con sus familias, con las dinámicas de la calle, con la televisión... La maestra “también *se expone* con su tacto, sus manos y brazos levantan y abrazan, arrullan y acarician, limpia lágrimas, secreciones y hasta excreciones”, “se unta de pintura, pegantes, gomas, aserrín, arena, gelatina, arcilla, plastilina...” (Páez, *Op cit.*, pp. 130-131).

Su cuerpo en *movimiento* es modelo que sirve de mimesis del cuerpo de los niños, quienes aprenden de su gesto en el aire y se aproximan a la escritura con el cuerpo de su maestra.

Su cuerpo normalizador indica al niño cómo sentarse, comer, caminar en línea recta o curva, si no puede le ayuda físicamente a hacerlo. Le coge de la mano y le lleva por un sendero, le alza y le ubica en una silla o en la taza del inodoro, toma su mano para indicarle cómo coger el crayón o el pincel, o cómo asir la cuchara para tomar la sopa (...) Su cuerpo se desplaza por el aula o por el espacio, es un “recorredor”, va “de aquí para allá, preparando materiales, revisando el trabajo de un niño, corrigiendo ejercicios, llevando a alguien al baño, repartiendo las refacciones, chequeando y ayudando a que la tarea de cada uno –en su pupitre– se esté llevando a cabo (Páez, *Op cit.*, pp. 131-133).

Por último, su *cuerpo sujetador* porta materiales didácticos, carga y descarga objetos, sube y baja cosas, abre y cierra muebles, es parte de la escena de un “taller pues nada puede hacerse sin

materiales o recursos”. En conclusión:

Es su corpus el que está, antes que la palabra. Por su cuerpo, de una u otra forma, pasan los otros cuerpos, y hasta las herramientas de su trabajo. La formación, como proceso que paulatinamente se hace visible en cada quien [sic], depende en buena medida de lo que pase y se observe en el cuerpo (...) La maestra de preescolar es allegada a los niños. Por eso, lo que suceda en ellos dependerá en gran medida de la relación que esta tenga con cada uno. El acercamiento a la lectura y la escritura, por ejemplo, como procesos cognitivos, pasará primero por el cuerpo, por lo más próximo y tangible del otro, su materialidad; por el contacto físico con un libro, por la mano de la maestra cubriendo la mano del niño para indicar un movimiento con el lápiz o el crayón, por el dedo del niño que empieza a desplazarse de izquierda a derecha sobre un cuento. Por esta cercanía es que habrá una huella que quedará en el niño (muchas veces también en la docente) y que le permitirá recordar que una vez hubo una maestra que le enseñó la música o la literatura o la alegría. Pero habrá también huellas que no quieran recordarse, como las que devienen de un golpe, una burla o un desprecio, o también aquellas que por alguna razón no se recuerdan. Una maestra de preescolar hace historia con su cuerpo, en el cuerpo de los pequeños (Páez, *Op cit.*, p. 134-135).

Ahora, como el poder de acción de los signos lingüísticos y no lingüísticos está apresado en la lógica de la representación y la significación, esas otras funciones asignificantes del lenguaje

y los signos pasan desapercibidas, neutralizadas y reprimidas para nosotros. En la educación, por ejemplo, seguimos apegados a que la relación con lo real debe pasar forzosamente por una mediación significativa, representativa, por lo que no hay, enseñanza, ni transformación posible sin que ocurra una “toma de conciencia” o una verbalización.

En ese sentido, persistimos en una idea estrecha del poder, pues nos parece inconcebible que la educación articule *prácticas pedagógicas y prácticas de gobierno*, aunque ambas se ocupan de prácticas de direccionamiento de la conducta, deseos, pensamientos, afectos, intereses y motivaciones propios y de los otros; ya que formar, instruir, disciplinar, enseñar, orientar y educar en general, involucran el establecimiento de relaciones, ejecutar una acción sobre acciones posibles, pues en la relación educativa los sujetos son libres de actuar, en grados distintos.

Entonces, planear estrategias de intervención, concebir objetivos de enseñanza-aprendizaje, diseñar secuencias didácticas, quiere decir, actuar sobre acciones posibles, tratando de estructurar el campo de acción del otro. Lo que supone tomar en consideración al otro también como actor estratégico, de modo que, sabiendo y sin saberlo, adaptamos de manera significativa y asignificante nuestras maneras de conducirnos de

acuerdo con las reacciones que presuponemos en los otros. Desde esta perspectiva de las *relaciones de poder*, distintas de las relaciones de dominación en las que nos enseñoreamos como amos todopoderosos de los otros, la acción posible es un *acontecimiento*, porque no está predeterminada: pues tanto nosotros como el otro tienen posibilidad de actuar, sin que sepamos cómo vamos a reaccionar y cómo va a reaccionar el otro.

Como precisan Marín y Noguera (2011, p. 130):

Recordemos que el término pedagogía es usado desde el principio para referir la práctica de conducir y orientar la conducta de los otros. Esta palabra, que proviene del griego *paidogía*, compuesta por *país*, *paidós* (niño), y *ágein* (conducir, llevar), fue usada en la Antigüedad para señalar la actividad que realizaba un esclavo que conducía, llevaba, acompañaba a los niños o jóvenes hacia la pedotribia, el citarista, el gramático o el didáscalo y quien, a lo largo de sus caminatas, se encargaba de conformar el comportamiento y el carácter de los jóvenes.

En nuestras prácticas, ¿cómo nos hemos percatado de estas cuestiones? Porque de forma individual y colectiva salimos afectados con las jornadas de trabajo realizadas en las institu-

ciones de salud, experimentamos sensaciones de pérdida de energía, de extenuación, tristeza, malestar indefinido, llanto inmotivado, sentimientos de impotencia ante la dimensión de los problemas vistos o escuchados, por no saber qué hacer o decir, ausencias en las prácticas por enfermedades reiteradas, sensaciones de frustración por no ser eficaces o preocupación porque, como narra una de nuestras estudiantes del programa de Educación Preescolar que realiza sus prácticas en la Fundación HOMI:

Los padres necesitan que los escuchen, tienen vivencias tenaces. Por eso no se ejecuta la planeación al pie de la letra, sino hay otros ingredientes. Vamos aprendiendo a manejar eso otro y la angustia que nos genera no hacer lo planeado, mientras que aprendemos a escuchar.

El trabajo en Lactantes es gratificante, sobre todo ver esas respuestas y cambios. Aquí hay un choque y redescubrimos. Pero salimos de aquí cargados, yo llegaba a mi casa y me quitaba la ropa y me metía en la ducha a bañarme, lloraba mucho después de la práctica. Y mi esposo me decía ¿Pero por qué estás llorando?, ¿qué te pasa? Yo le contestaba, entienda que allá oímos, vemos y nos enteramos de muchas cosas. La economía destruye todo, las parejas se desbaratan, la mamá es quien pone el pecho a todo, está sola, la otra familia desa-

parece y no le ayuda, las personas nos cuentan que no tienen salida, es duro sentir esos problemas como propios. Y pienso si en algún momento no voy a estar yo en una situación parecida, sola y donde no sabría qué hacer.

Antes llegaba y echaba el uniforme a lavar y me acostaba a dormir. Ahora prefiero salir con mi hijo, estar el mayor tiempo con mi hijo, porque nos vemos reflejados en ese tipo de situaciones. Me daba rabia e impotencia ver que un niño pequeño sufría tantas cosas. Niños que no se saben muchas veces ni qué tienen. Como ese niño que conocí que se la pasaba con fiebres hasta que me lo volvía a encontrar en Oncología y después de un tiempo murió porque padecía leucemia. Pensé que no era justo, que debía estar en otro lado. Dios, ¿por qué permites eso?

Aquí uno se convierte en psicólogo, hermana, familiar, consejero. Hay muchas situaciones que no podemos escuchar, que nos hacen llorar. Como esa señora que está cuidando a su hija pequeñita y cuando supieron que tenía leucemia su esposo la dejó por otra, ella quedó sola al frente de todo, sin comida, secando los pañales debajo de la cuna de la niña, con sus otros dos hijos abandonados en la casa. En esos casos no tenemos herramientas para ayudar, uno no sabe qué hacer o decir (Espacio de reflexión de la práctica en pedagogía hospitalaria en la Fundación HOMI, estudiante Nelcy Paola Casallas Dueñas, 7° semestre, II semestre de 2014).

Este malestar docente plantea la importancia de acciones de apoyo para el cuidado y prevención del agotamiento emocional, en los momentos de reflexión de las prácticas, a partir de promover una *reflexividad* que haga explícito el lugar desde el cual ven, hablan y participan los distintos actores, para obtener un conocimiento situado de nuestras prácticas en el hospital, como vía para resignificar la experiencia que ocurre en este escenario relacional de acogimiento emocional y que se expresa en una afectación emocional y psicosomática producto de la fatiga por compasión y de la empatía sentida con las personas que sufren (Cf. Rodríguez, Rondón y Manrique, 2013).

La literatura como actividad formativa y de expresión de sentimientos

Es temprano para sacar conclusiones sobre el trabajo de animación y promoción de la lectura a partir de la literatura infantil en el segundo semestre de 2013 en cuatro instituciones de salud. Resaltaremos algunos aprendizajes, sobre todo con la experiencia adquirida con libros o álbumes ilustrados.

Las actividades de animación y promoción de la lectura son una forma de provocar y hacer nuevos lectores, mejorando sus prácticas y hábitos de lectura con miras a una lectura li-

bre, activa, crítica y voluntaria, que estimula interés por la información, la diversión, por aprender nuevos conocimientos y viajar imaginativamente, y son un dispositivo que permite poner en cuestión o problematizar las verdades en las que el lector está instalado.

El acervo literario (colección de libros y los diversos materiales de lectura que se ofrecen en las bibliotecas para la primera infancia), se organiza en diversos géneros literarios: poesía, narrativa, libros de imágenes y libros informativos. “Libros de imágenes: En el acervo literario de la primera infancia, la ilustración es fundamental. En primer lugar, figuran los libros para bebés que están centrados en la imagen y muchas veces, sin recurrir a las palabras, cuentan historias sencillas para tocar, mirar, manipular e incluso morder. En segundo lugar, están los libros-álbum que proponen un diálogo entre el texto y la ilustración para invitar al lector a construir el sentido. Los libros-álbum suscitan lecturas complejas que involucran formatos y lenguajes diversos y, con razón, se dice que son museos al alcance de todos los públicos, pues permiten ejercitar las múltiples formas de mirar, explorar e interpretar el universo de las artes visuales. Debido a las inagotables posibilidades de lectura que proponen los libros-álbum, se recomienda que cuando estos sean leídos a un grupo se muestren de una forma que permita fijarse y descifrar las ilustraciones a medida que se leen, simultáneamente, las palabras de la historia (MEN, 2014,

pp. 21-22).

Leer e invitar a escribir de múltiples formas sobre lo escuchado es impulsar políticas culturales de lectoescritura, dirigidas a ciudadanos de cualquier edad y condición, antes que enseñar a leer y escribir, estas políticas consisten en abrir espacios y medios en que las personas puedan contar su propia historia, por lo que sólo dan resultados si se insertan en las memorias y experiencias sociales de los individuos y comunidades.

Repitamos aquí bondades subrayadas por el estudio de Albano y Correa (2011) respecto de la función terapéutica de la lectura y la escritura de historias, en tanto que posibilidad para pacificar las emociones, al producir placidez sedativa y curativa, pues la aceptación de este tipo de interacciones favorece también la espontaneidad y el juego del niño en el medio hospitalario:

La literatura muestra beneficios de la lectura de cuentos para el bienestar de niños y sus acompañantes. Esta estrategia de humanización para cuidado de la salud del niño alivia tensiones y ansiedades y proporciona momentos de relajación y entretenimiento, facilitando la comunicación entre los sujetos involucrados en un proceso favorable a la evolución clínica. En casos, cuando el acompañante se interesa en leer para el niño y se transforma en copartícipe, y no solo como espectador, se fortaleció el hábito de la lectura en el paciente, lo que también tuvo como efecto la mejora en la comunicación entre madre e hijo durante la hospitalización (Albano y Correa, 2011, p. 379).

Si se precisa una humanización del cuidado, es porque hay aspectos hostiles de las instituciones de salud hacia la población infantil y juvenil, incluidas las prácticas del modelo médico hegemónico, como cierta frialdad que por momentos se percibe entre el personal médico y de enfermería, pero también en nuestras propias prácticas pedagógicas, que se estructuran desde unas particulares formas de concebir a los niños, a los padres, a la educación, al maestro, a la pedagogía y a la didáctica, como reflexiona otra de nuestras estudiantes que desarrolla sus prácticas educativas en la Fundación HOMI:

En Lactantes hemos aprendido que la confianza es clave para establecer contacto. También que los bebés son capaces de hacer muchas cosas. En esa sensibilización que hacemos con los padres al respecto, unos son receptivos, otros no. Otro tanto pasa con el personal del hospital. Una enfermera nos decía: "¿Ustedes qué hacen acá si en otros servicios hay niños más grandes?, ¿o es que vienen a recrear a las mamitas?". Ahora ella también ha aprendido que los bebés pueden hacer de todo lo que les proponemos. Antes ella pasaba y echaba vistazos a nuestras actividades, ahora esta enfermera es quien se ofrece a leer el cuento, juega con la pelota y canta. Sin proponérselo, estamos construyendo otro punto de vista de nuestro trabajo en el personal hospitalario y médico, era duro eso que uno llegara y no lo saludaran o siguieran escribiendo en su

computador como si no les hubiéramos hablado, tal vez creen que somos payasos, que no somos profesionales, nos miran por encima del hombro o ni siquiera nos miran o nos prestan atención. Hoy los médicos nos saludan, pero antes nos sacaban de la habitación porque iban a hacer sus procedimientos, ahora hay trato cordial, hacen sus valoraciones y no nos piden que nos salgamos (Espacio de reflexión de la práctica en pedagogía hospitalaria en la Fundación HOMI, estudiante Nelcy Paola Casallas Dueñas, 7° semestre, II semestre de 2014).

Desde la perspectiva de uno de los pocos practicantes varones del programa de Trabajo Social de nuestra Universidad en el hospital:

Aquí es complicado, nunca había observado o trabajado en un hospital, no había tenido experiencias con niños. Otra dificultad es escuchar tantos problemas y no tener soluciones a la mano. Pero uno los puede escuchar, pese a que no seamos psicólogos o especialistas en el tema, el niño puede estar enfermo del cuerpo, pero no del alma o del espíritu, él agradece un juego, un chiste, alegrarlos... Ellos nos regalan una sonrisa, nos dan palabras de agradecimiento, hay que dejarse contagiar y enseñar por ellos. He podido aprender, más que enseñar. Con estos libros, no es tan sólo leer o mostrar imágenes; es establecer un diálogo, se invita al niño a que cuente sus experiencias, a que saque lo que no ha expresado, sus sueños cuando salga de acá, es aprender a interactuar y conocer a las personas, así se entiende

qué fortalezas tiene (Espacio de reflexión de la práctica en pedagogía hospitalaria en la Fundación HOMI, estudiante Paola Cristina Farfán Corral, 7° semestre, II semestre de 2014).

El trabajo con la literatura infantil no sólo despierta interés de los niños, concita la curiosidad de los adultos y permite saber de su actitud escéptica —y la de nuestros propios practicantes—, respecto que el niño aprende desde la gestación o a temprana edad; pues sólo estarían en edad de hacerlo los niños de preescolar o de los primeros grados de la primaria. Mientras tanto con el bebé sólo podríamos realizar actividades de “aprestamiento”, de “estimulación temprana” o solamente de juego. Como aquel padre que manifestó en el servicio de lactantes del HOMI: “Entienda profesora que el niño está entre agua, no puede escuchar. No le leo cuentos porque lo estimulo con otras cosas”. Sin embargo, unas semanas después encontramos ecos de nuestro trabajo, como escribió una de nuestras estudiantes en su diario reflexivo: “ese papá cambió, aprendió a hacer masajes, hizo muñequitos, hizo títeres, aprendió a cantar. Pero vea, ese señor se involucró mucho, trajo propuestas que sacó de la Internet para enseñarnos a nosotras”.

En una experiencia de lectura en el cuarto piso de la Fundación HOMI, con el álbum ilustrado *Siete ratones ciegos* del ilustrador Ed Young (Ediciones Ekaré, 2001) fue impactante la conexión que mostraron los niños y adultos con una primera lectura de imáge-

nes de la historia, donde se cubrieron de forma deliberada los textos. Al pasar las páginas estimulamos el lanzamiento de hipótesis buscando las razones del comportamiento curioso de los ratones de distintos colores frente a un gigantesco objeto que desconocían y fijarse en los detalles de las ilustraciones. Se generaron discusiones en el grupo de niños, jóvenes y adultos participantes pues no aprobábamos las respuestas más acertadas y evidentes sobre el elefante investigado por los ratones ciegos ya que los “lectores” del cuento también lanzaban sus propias conjeturas y pequeñas bromas sobre los aportes formulados. Esto hizo que el niño más pequeño contraargumentara a lo que otros conjeturaban:

- “¡Sí!, es un elefante, esos tienen esas patas y esos colmillotes. Los elefantes comen hierba”.
- (...) ¡No!, no es cierto, los elefantes no comen maní, ni ratones, sólo comen pasto... ¡Sigamos!, ¡sigamos para ver qué pasa!” (Taller de trabajo con libro álbum en la Fundación HOMI, septiembre de 2014).

Según estudio de Arispe y Styles (2002) de la Universidad de Cambridge sobre la recepción entre los niños ingleses y de otras culturas los álbumes ilustrados de los escritores e ilustradores infantiles Satoshi Kitamura y Anthony Browne (las investigadoras utilizaron los álbumes *Zoológico* y *El Túnel de Browne* y *Lily Takes a Walk -Lily da un paseo-* de Kitamura), re-parando en el contraste o brecha

que presentan las imágenes y textos. Las investigadoras pudieron establecer que los pequeños son capaces de sacar conclusiones literales, descriptivas, interrogativas, críticas y de deducción imaginativa a partir de las acciones representadas.

El estudio se realizó con 84 niños de distintos niveles socioeconómicos de siete escuelas de primaria: tres ubicadas en barrios multiétnicos de bajos niveles económicos en las afueras de Londres; tres de la ciudad de Cambridge (dos en zonas de clase media y otra en una de clase trabajadora, pero las tres con alumnos de otras etnias) y una en la región de Essex, con predominancia de alumnos de clase media y ascendencia inglesa. Participaron niños de Afganistán, Tanzania, Italia, Colombia, Turquía y Kurdistan, entre otros países, ya que los niños de otras etnias (ya sea recién llegados o de segunda generación extranjera) constituyen hasta el 50% o más de la población de estas escuelas.

Desde el punto de vista perceptivo, los niños apreciaron elementos analógicos y de empatía tales como las expresiones faciales, los gestos y sentimientos de los personajes, se fijaron en los detalles intertextuales, las atmósferas de las historias, la manera como los autores utilizan su estilo artístico, el proceso creativo que involucra el uso de colores, líneas y la perspectiva, como también en las intenciones de sus relatos.

Los niños pequeños parecen saber que la lectura y relectura de la imagen conducen a una mejor interpretación del libro, como argumentó un niño de 5 años: “No podemos leer bien, pero podemos entenderlo con los dibujos”. Las investigadoras precisan que:

La emoción y el placer que mostraban los lectores al aproximarse a los libros y adentrarse en ellos a través de la imagen eran conmovedores. Sus comentarios nos revelaron no sólo los procesos mentales mediante los cuales se interpreta una imagen sino también la refinada habilidad que la mayoría poseía para hacer esta interpretación. Aún ante imágenes tan complejas como las de Browne y Kitamura, que requieren cierto conocimiento de convenciones estéticas, en pocos casos hubo malentendido total. Esto fue así tanto en alumnos que –según nos dijeron sus maestras después de la entrevista– tenían problemas para expresarse oralmente o con la lectoescritura como en los “aplicados”. De hecho, en algunos casos los alumnos con problemas (entre ellos una niña con dislexia y un niño levemente autista) o en las primeras etapas del aprendizaje del idioma inglés, resultaron ser más perceptivos que sus compañeros (Arispe y Styles, 2002, p. 22).

Las ilustraciones ofrecen a todos una entrada a la historia y a ideas de difícil acceso a los niños más pequeños. Para ellas no fue sorpresa que los niños fueran hábiles en el análisis de aspectos visuales

de los textos, incluidos aspectos surrealistas, la intertextualidad, los juegos sugestivos, los significados múltiples, los finales inconclusos, los colores, líneas, diseño, metáforas, así como las bromas visuales. Así mismo, los niños mostraron identificación con los aspectos morales, sociales, espirituales y ecológicos de los libros y querían analizarlos con las investigadoras y sus compañeros. Sí las sorprendió la seriedad intelectual como se aproximaron a los textos y que, para los niños acostumbrados a ver y leer, o que estaban familiarizados con los libros, era fácil comprenderlos, fueran o no “aplicados” en el salón.

Se concluye que los libros mismos enseñan a leer, así como las imágenes enseñan a ver. Desde lo afectivo, alto porcentaje de los niños dejó traslucir sus emociones ante los libros escogidos y en casos, realizaban conexiones emotivas, según fueran sus historias de vida particulares. Por su parte, los dibujos obtenidos como respuesta a la lectura resultaron interesantes, algunos de alta calidad estética, incluso los de los más pequeños revelaron lo que podían articular. Otro aspecto inesperado fue que estos lectores podían imitar incluso los estilos de los ilustradores por medio de la línea y el color, como también algo de su humor y sus ideas.

Al responder al texto a través del dibujo se dio a los niños oportunidad de participar en el proceso creativo y reflexionar sobre lo que éste implica para el artista. Pero como las escuelas hacen hincapié

en aprender a decodificar en vez de aprender a construir significados, restringen al niño, impidiéndole adentrarse en la historia y hacer conexiones entre las partes y el todo, por esta razón no se toman en cuenta los conocimientos de los niños en torno de la interpretación de la imagen, y se descuidan partes esenciales de los libros con mucho potencial para el desarrollo de la lectoescritura. Para terminar, queremos resaltar elaboraciones de Jorge Larrosa (2013) sobre la importancia de pensar la lectura como formación o la formación como lectura; como una actividad que nos forma, deforma y transforma como sujetos, poniendo en cuestión lo que somos. Larrosa plantea que la movilización de la imaginación, antes que sinónima de irrealidad, ficción, delirio, fantasía, alucinación o sueño, debiera ser un medio estético esencial de conocimiento, una facultad “entre lo sensible y lo inteligible, entre la forma y el intelecto, entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo corporal y lo incorporeal, entre lo interior y lo exterior”. La imaginación no es mera copia o relación reproductiva con la realidad, sino sobre todo una potente relación productiva, como sabemos desde el giro lingüístico producido en las décadas de los años 60 y 70, el lenguaje es productor de realidades.

Para que la lectura resulte formadora, debemos aprender a crear condiciones de *experiencia* que nos pasen *a otro lugar*, es decir, nos conmuevan en lo más íntimo, para que logremos suscitar relaciones más acogedoras u hospitalarias con la infancia, así como

ambientes sociales apalabrantes, de escucha del saber y poder de los niños y niñas, favorecedores del diálogo de saberes entre personas de latitudes bien distintas, donde podamos fluir desde el des-conocimiento, hacia el *re-conocimiento* subjetivo, valorando nuestra diferencia socio-cultural, a fin de producir *conocimiento* sobre las distintas formas como niños y adultos construyen saberes y alternativas alrededor de estos procesos de salud-enfermedad.

Larrosa advierte que la experiencia, a diferencia del experimento, no puede plantificarse de modo técnico, porque es un acontecimiento que tiene lugar en raras ocasiones, luego tenemos que aprender a cuidar cuáles son sus condiciones de posibilidad:

Heidegger expresa de modo hermoso la experiencia de esa relación que no es de apropiación sino de escucha: ‘... hacer una experiencia con algo significa que algo nos acaece, nos alcanza; que se apodera de nosotros, que nos tumba y transforma. Cuando hablamos de ‘hacer’ una experiencia eso no significa que nosotros la hagamos acaecer: ‘hacer’ significa aquí: sufrir, padecer, tomar lo que nos alcanza receptivamente, aceptar, en la medida que nos sometemos a ello. Hacer una experiencia quiere decir, por tanto: dejamos abordar en lo propio por lo que nos interpela, entrando y sometiéndonos a ello. Nosotros podemos ser así transformados por tales experiencias, de un día para otro o en el transcurso del tiempo (Larrosa, Op cit., pp. 30-31).

Con el fin de ensayar una respuesta a la pregunta *¿cómo vemos*

y qué esperamos de la actividad de los profesionales de las ciencias de la información y las bibliotecas para realizar su trabajo? podemos decir que es necesario resignificar los procesos comunicativo-educativos relacionados con la lecto-escritura, dejando de significarlos exclusivamente como procesos para el aprendizaje de contenidos, porque no hay una única manera de leer y hoy no solo se leen libros, ya que las lecto-escrituras contemporáneas nos enfrentan con múltiples lenguajes, formatos y narrativas. Los profesionales de las ciencias de la información y la bibliotecología también están convocados a trabajar, como nosotros, en ambientes no convencionales donde no sólo se intercambia información sino se tejen relaciones alrededor de procesos afectivos e imaginativos y con medios poco sofisticados desde el punto de vista tecnológico, pero densos en sus semióticas significantes y asignificantes como los que procuramos presentar sobre los álbumes ilustrados.

También es clave que trabajo de animación y promoción de la lectura, que involucra una clasificación de la literatura infantil y juvenil a ser usada, no sea pensado como separado de esas otras mediaciones estéticas como son el juego y el arte, junto a la exploración del medio. Las emociones que se configuran en esas experiencias ameritan un trabajo de transforación de las pasiones tristes en pasiones alegres para que sea posible conocerse, establecer vínculos, identificar potencias y talentos, enseñar y aprender con otros. Y finalmente, que es imposible generar prácticas sostenidas de lec

to-escritura o acercamientos a este interés de apropiación sociocultural en los bebés, los niños y los jóvenes si no se trabajamos al tiempo una pedagogía con adultos.



TALLER PARA PADRES 15 de octubre de 2011 Hora: 2:00 p.m.



Y una mujer que sostenía un bebé contra su pecho dijo, hablemos de los hijos.
Y él contestó:
Vuestros hijos no son vuestros hijos. Ellos son los hijos y las hijas de la Vida que trata de llenarse a sí misma. Ellos vienen a través de vosotros pero no de vosotros.
Y aunque ellos están con vosotros pero no os pertenecen.

Les podéis dar vuestro amor, pero no vuestros pensamientos. Porque ellos tienen sus propios pensamientos. Podéis dar habitación a sus cuerpos pero no a sus almas. Pues sus almas habitan en la casa del mañana, la cual no podéis visitar, ni tan siquiera en los sueños. Podéis anhelar ser como ellos, pero no luchéis para hacerlos como sois vosotros. Porque la vida no marcha hacia atrás y no se mueve con el ayer.

Vosotros sois los arcos con los que vuestros hijos, como flechas vivientes son lanzados a la Vida. El Gran Arquero ve la diana en el camino del infinito, y la dobla con su poder y sus flechas pueden ir rápidas y lejos. Haced que la forma en que dobléis el arco en vuestras manos sea para alegría. El también, además a amar la flecha que vuela, ama el arco que es estable.

*Gibran Kahlil Gibran
1883-1931*

Taller para padres de la práctica educativa en pedagogía hospitalaria, Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), segundo semestre de 2011.



Trabajo de un niño con acuarela sobre el cuento infantil leído. Práctica educativa en pedagogía hospitalaria, Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2013.

Fuente: Unimonserate, 2013

Referencias Bibliográficas

- Albano, M. A. S. y Correa, I. (2011). Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario, en: Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 29, No. 3, nov., pp. 370-380. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3840862>
- Arispe, E. y Styles, M. (2002). ¿Cómo se lee una imagen? El desarrollo de la capacidad visual y la lectura mediante libros ilustrados, en Lectura y vida. Revista Latinoamericana de lectura, año 23. Buenos Aires, septiembre, pp. 20-29. Recuperado de http://www.lecturayvida.fahce.unlp.edu.ar/numeros/a23n3/23_03_Arizpe.pdf
- Gómez Mendoza, M. Á. (2005). La transposición didáctica: historia de un concepto, en: Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, Vol. I, julio - diciembre, pp. 83-115. Recuperado de <https://web.archive.org/web/20140714235456/http://200.21.104.25/latinoamericana/downloads/Latinoamericanal.5.pdf>
- Guattari, F. (1975). "Semiologías significantes y semiologías asignificantes", en: Verdiglione, A. y Deleuze, G. [et al.]. Psicoanálisis y semiótica. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Kilpatrick, W. H. (1962a). El nuevo programa escolar. Buenos Aires: Editorial Losada. (Traducción del inglés por Lorenzo Luzuriaga)
- _____ (1962b). Filosofía de la educación. Buenos Aires: Editorial Losada. (Traducción del inglés por Lorenzo Luzuriaga)
- Larrosa, J. (2013). La experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lazzarato, M. (2007). La filosofía de la diferencia y el pensamiento menor. Bogotá: Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos-Fundación Comunidad.
- Marín Díaz, D. L. y Noguera Ramírez, C. E. (2011). "Educar es gobernar", en Cortés Salcedo, R. A. y Marín Díaz, D. L. (comps.). Gubernamentalidad y educación: discusiones contemporáneas. Bogotá: Alcaldía mayor de Bogotá - Instituto para la Investigación Educativa y el desarrollo Pedagógico, IDEP, pp. 127-151. Recuperado de <http://www.idep.edu.co/sites/default/files/libros/Gubernamentalidad/20y/20Educaci/C3/B3n/20Discusiones/20contempor/-C3/Alneas.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional (2014). La literatura en la educación inicial. Bogotá: MEN - Viceministerio de Preescolar, Básica y Media. Dirección de Primera Infancia. Documento No. 23: Serie de orientaciones pedagógicas para la educación inicial en el marco de la atención integral. Recuperado de <http://>

www.decreoasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Documento-N23-literatura-educacion-inicial.pdf

Noguera, C. E. (2012). El gobierno pedagógico: del arte de educar a las tradiciones pedagógicas. Bogotá, D.C.: Siglo del Hombre Editores - Grupo Historia de la Práctica Pedagógica.

Páez Martínez, R. M. (2008). El cuerpo de la maestra de preescolar y su papel en la formación de los niños, en: Organización de Estados Iberoamericanos OEI - Revista Iberoamericana de Educación, No. 47, mayo-agosto, pp. 123-139. Recuperado de <https://rieoei.org/historico/documentos/rie47a06.pdf>

Rodríguez González, A.; Rondón, L. P. y Manrique, O. (2013). Propuesta epistemológica, estratégica y técnica para el cuidado emocional y relacional con personal que realiza acompañamiento psicosocial en contextos de violencia. Estado del arte, en: Acción colectiva y transformación. La dimensión política del acompañamiento psicosocial. Bogotá: Corporación AVRE - Misereor, pp. 117-160. Recuperado de <http://www.corporacionavre.org/wp-content/uploads/2015/03/Libro-Accio/CC/8ln-colectiva-y-transformacio/CC/8ln-FINAL-l8-DICIEMBREI.pdf>

Spitz, R. A. (1952). Psychogenic Disease in Infancy, en Timless Stuff-The Channel for Classic Stuff. Video en YouTube, 9-oct.-2014, 19:13 min. Recuperado de <https://youtu.be/VMWb8rfU-rg>

_____. (1972). El primer año de vida del niño. Madrid: Aguilar, cap. VIII: Trastornos de carencia afectiva, pp. 108-116.

Young, E. (2001). Siete ratones ciegos. Ediciones Ekaré.



Uriel Ignacio Espitia Vásquez
Nuvia Marcela Barrera Aldana

Capítulo 5

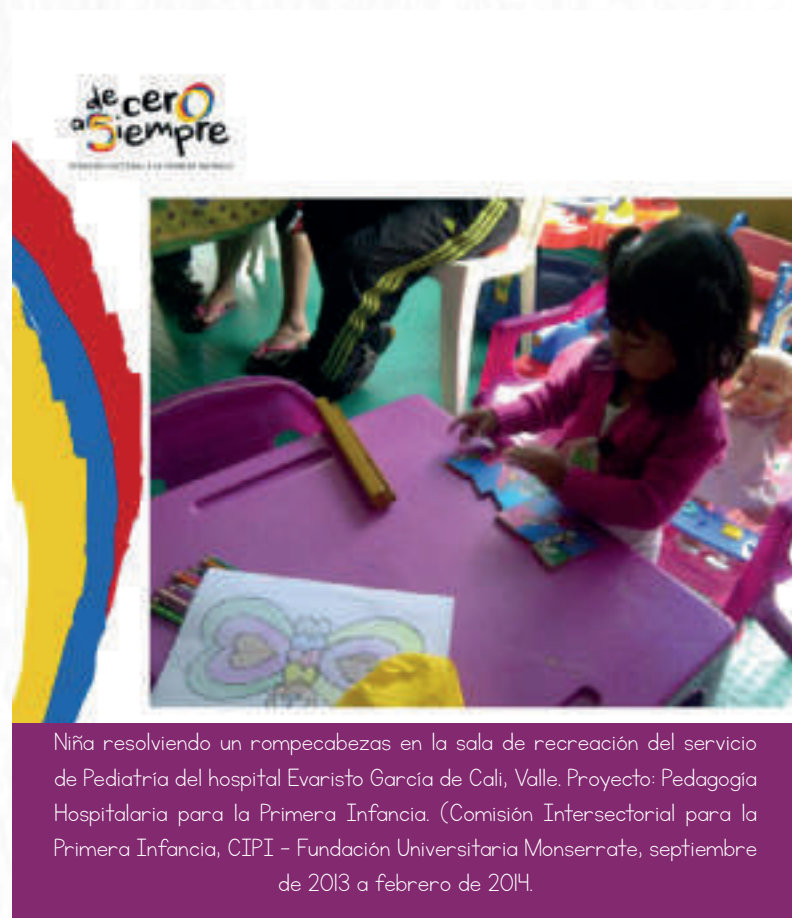
Pedagogía hospitalaria para la primera infancia: tres experiencias en el Pacífico colombiano ⁵

⁵ Capítulo basado en la ponencia presentada el 20 de noviembre de 2014 en la I Biental Latinoamericana de Infancias y Juventudes: democracia, derechos humanos y ciudadanías. Políticas públicas de niñez y juventud en Latinoamérica y el Caribe: Tendencias, contratendencias y nuevas alternativas, organizada por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y la Red Iberoamericana de Posgrados en Infancia y Juventud (REDINJU). Eje temático: Políticas públicas de niñez y juventud en Latinoamérica y el Caribe: Tendencias, contratendencias y nuevas alternativas. Mesa 20: Construcciones diversas de niñez, crianza y aprendizaje en América Latina y su lugar en las políticas públicas de educación y salud. Manizales, Universidad de Manizales, 17-21 de noviembre.

Con este texto daremos cuenta de la construcción de conocimiento sobre la educación inicial realizada por la línea de investigación en pedagogía hospitalaria de la Fundación Universitaria Monserrate alrededor de la consultoría: *Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia*, que contó con auspicio de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI), coordinadora de la estrategia nacional de Atención Integral a la Primera Infancia *De Cero a Siempre*.

El estudio desarrolló cinco componentes: formación, intervención, investigación, sensibilización y sistematización, con miras a generar una estrategia educativa innovadora, sensible a la diferencia sociocultural de los servicios de cuidado neonatal y pediatría del Hospital César Uribe Piedrahita de Cauca, del Hospital Departamental San Francisco de Asís de Quibdó y del Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali.

Este pilotaje de la pedagogía hospitalaria para la primera infancia bien podría convertirse en una modalidad de educación en salud para visibilizar y atender las necesidades y derechos de la población de niños, niñas en condición y situación de enfermedad, y sus familias, y una vía para que las acciones concertadas del Estado, la academia y la iniciativa privada puedan redundar en una propuesta nacional de atención cualificada.



Niña resolviendo un rompecabezas en la sala de recreación del servicio de Pediatría del hospital Evaristo García de Cali, Valle. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014).

Fuente: Unimonserrate, 2014

Inicios de la pedagogía hospitalaria en Colombia

La pedagogía hospitalaria se concibe a nivel mundial como un trabajo educativo que brinda continuidad a los procesos de escolarización de la población infantil y juvenil, enferma y hospitalizada. El primer antecedente del surgimiento de este campo educativo en nuestro país data de 1972 en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de la Misericordia en Bogotá. Su inspirador fue el Dr. Cristóbal Sastoque Melani, quien luego de culminar su pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1958 hizo una especialización en cirugía plástica en la misma universidad en 1962. En 1963 regresó al país a ocupar una vacante rural en Antioquia, y una vez que se estableció en Bogotá, se especializó en quemaduras en el Hospital San Juan de Dios.

En mayo de 1963, tras el retiro del Dr. Felipe Coiffmann -médico fundador del pabellón de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de la Misericordia-, el Dr. Sastoque fue nombrado jefe de ese servicio, emprendió campañas contra el uso de la gasolina blanca y el cocinol, medios de combustión comunes en los hogares de los sectores populares que resultaban siendo, junto con la pólvora pirotécnica, los factores etiológicos que producían las quemaduras más graves en los niños (Sasto-

que, 1990). Él propuso la construcción de un Aula Pedagógica en ese servicio, para lo cual solicitó ayuda del Ministerio de Educación en 1971, de allí fue remitido a la Secretaría de Educación del Distrito donde logró el nombramiento de una profesora que duró en el cargo 5 años, luego llegó otra profesora quien sólo permaneció 3 meses, pues la traumatizó el trabajo con los niños quemados y finalmente logró el nombramiento de la profesora María Nubia Velásquez, quien ingresó al servicio el 1° enero de 1979 y se desempeñó como docente a cargo del aula hasta el 30 de agosto del año 2000. El Dr. Sastoque se retiró de la Misericordia en 1993, pero continuó trabajando en el programa integral de atención al paciente quemado del Hospital Simón Bolívar que él fundó junto con el Dr. Germán Darío Bernal Romero en 1982 (Cf. Rivera, 2017), no obstante, el nuevo director del servicio de Quemados del HOMI decidió no continuar este proyecto educativo que alcanzó 25 años y 11 meses de funcionamiento.

Además de esta experiencia pionera en el Hospital de la Misericordia, a partir del año 2000 se crearon aulas en diferentes lugares del país, como el Aula Pedagógica del Hospital San Vicente de Paúl en Medellín y un poco después el Aula Pablito en el Hospital Pablo Tobón de esta misma ciudad. En Bogotá, hacia el año 2005, se creó La Escuelita en el servicio de Pediatría del Instituto Nacional de Cancerología que luego contó

con aval de la Secretaría de Educación del Distrito para promocionar entre grados, a niños y niñas atendidos. Después de ese año se creó el Aula Checho el León del Hospital Infantil de la Cruz Roja Rafael Henao Toro en Manizales. En 2008 la Fundación Telefónica instaló *nueve Aulas Hospitalarias Apoyadas en Nuevas Tecnologías* en Bogotá, Bucaramanga, Cali, Ibagué, Manizales y Pasto.

En el año 2010, previa expedición del Acuerdo 453 del Concejo de Bogotá, la Secretaría de Educación del Distrito y la Secretaría Distrital de Salud vincularon profesores a la Red Pública de Hospitales de Bogotá. Más recientemente, diversas Instituciones de Educación Superior establecieron convenios de cooperación interinstitucional y alianzas con Instituciones Prestadoras de Salud para el desarrollo de prácticas de docentes en formación y este año la Secretaría Distrital de Integración Social creó su programa Sana que Sana dirigido a la atención integral de la primera infancia en algunos hospitales públicos del Distrito Capital.



Espacio de reflexión sobre la práctica educativa en pedagogía hospitalaria en la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI). Estudiantes del programa de Licenciatura en Educación Preescolar y de Trabajo Social de la Fundación Universitaria Monserrate, primer semestre de 2013

Fuente: Unimonserate, 2013

Experiencia de la Fundación Universitaria Monserrate en la pedagogía hospitalaria

Nuestro acercamiento a la pedagogía hospitalaria data de 1984, en ese entonces el programa de Licenciatura en Educación Preescolar propuso al Hospital de la Misericordia una alianza para que nuestras estudiantes pudieran realizar sus prácticas de formación profesional con la población infantil hospitalizada, lo que amplió el campo de prácticas que también realizábamos en instituciones educativas convencionales como colegios y jardines infantiles y en otros ámbitos no convencionales como, fundaciones y bibliotecas públicas y comunitarias. Para el efecto, suscribimos una alianza interinstitucional e iniciamos un trabajo pedagógico y educativo centrado en componentes comunicativos, estéticos y socioafectivos.

Esta internación en el ámbito hospitalario pediátrico y los hospitales y clínicas generales es distinta de la que experimentan los niños, niñas, jóvenes y sus familias en las fundaciones y hogares de paso, también asociadas a este circuito de instituciones de ayuda al niño enfermo, en proceso de “mantenimiento” o rehabilitación. Es característico que la disposición institucional hospitalaria restrinja la interacción entre las personas, lo que produce distanciamientos entre pacientes, con otros miembros de la familia y con los amigos, pues la espera

diagnóstica, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos y procesos de convalecencia y rehabilitación, entrañan para las personas una ruptura con su vida cotidiana y una utilización del tiempo, del espacio y la fuerza de su vida afectiva, totalmente desacostumbradas, estresante e incluso angustiante.

Este contexto inusual del medio hospitalario para la formación pedagógica inspiró a los primeros grupos de estudiantes y profesores que practicaron en el Hospital de la Misericordia, a pensar cómo resignificar estas condiciones de internación desde un punto de vista pedagógico y educativo. Inicialmente estas prácticas desarrollaron procesos de transposición didáctica del saber-hacer construido en otros escenarios de las prácticas educativas, sobre todo desde la inercia pedagógica heredada de la propia formación de los niveles de preescolar, básica y media.

No obstante, con los ejercicios de observación participante y la reflexión crítica sobre las propias intervenciones, y acicateados como hemos estado con la pregunta: ¿qué puede hacer un docente en el hospital?, fuimos aprendiendo que teníamos que diseñar apuestas educativas que trascendieran el quehacer educativo tradicional, si queríamos configurar unas prácticas pedagógicas pertinentes a las necesidades de estas personas.

Aprovechando que la Vicerrectoría Académica de la Monserrate abrió convocatoria para financiar proyectos de investi-

gación, presentamos una propuesta para realizar un Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria, que permitió configurar un primer grupo de investigación sobre el tema, que entregó informe final en el segundo semestre de 2006. Tras la alianza con la Fundación Telefónica para instalar aulas hospitalarias apoyadas en TIC en siete instituciones de carácter médico-asistencial del país, publicamos en el año de 2008 la revisión bibliográfica. Este primer trabajo investigativo animó la constitución del grupo de investigación en pedagogía hospitalaria de la Fundación Universitaria Monserrate que desarrolló entre el primer semestre de 2010 y el segundo semestre de 2012 el proyecto de *Sistematización de las prácticas educativas en la Fundación HOMI (Hospital de La Misericordia), 2000-2010* (Espitia, Barrera e Insuasti, 2013).

Luego desarrollamos los proyectos de investigación: *Trabajo educativo flexible apoyado en TIC con niños, niñas y jóvenes en condición de enfermedad, y sus familias y Genealogía de la hospitalidad y de las éticas del cuidado*, impulsamos la creación de la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria (REDCOLPH), formamos parte de la Red Unitwin de Pedagogía Hospitalaria avalada por la UNESCO y se organizó el inicio del programa de Especialización en Pedagogía Hospitalaria que cuenta con registro calificado del Ministerio de Educación Nacional.



Niña hospitalizada relata su experiencia de hospitalización en el servicio de Casita Nacho de la Fundación Hospital La Misericordia (HOMI), 8 de mayo de 2013.

Fuente: Unimonserate, 2013

Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia

Desarrollamos este proyecto entre octubre de 2013 y febrero de 2014, en el marco de la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia *De Cero a Siempre*, política pública que orienta las acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de niños y niñas hasta seis años, y de las madres gestantes.

De Cero a Siempre se adelantó a través de un trabajo intersectorial fundamentado en los derechos de niños y niñas, con un enfoque diferencial y buscó aportar al desarrollo integral de la población infantil. Se originó en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Ley 1450 de 2011) que estableció como prioridad, el diseño y la implementación de una política de atención integral de la primera infancia, en niños y niñas de 0 a 5 años (Presidencia de la República, 2003 a y b).

Para el efecto, se estableció el Convenio de Asociación 529 de 2013 (Alianza por la Primera Infancia) que sumó recursos técnicos, físicos, administrativos y económicos para apoyar el diseño, implementación y sostenibilidad de la estrategia nacional *De Cero a Siempre* a nivel nacional y territorial. La gestión eficiente y efectiva de esta estrategia fue coordinada por la

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, CIPI (creada por el Decreto 4875 de 2011).

El proyecto *Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia* diseñó una propuesta educativa que incorporó los estructurantes de la educación inicial en los entornos de salud, fundamentado en las actividades rectoras de la infancia y cinco principios de la pedagogía hospitalaria establecidos por nuestra experiencia. Este diseño pedagógico se desarrolló en un hospital público de cada uno de los departamentos focalizados por la *Comisión Intersectorial para la Primera Infancia (CIPI)*, en el marco del convenio 0529 de 2013, a saber: Hospital César Uribe Piedrahita de Cauca, bajo Cauca Antioqueño, Hospital Departamental San Francisco de Asís de Quibdó-Chocó y Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali-Valle del Cauca.



Lavado de manos antes de ingresar.

de cero
a Siempre



Nury Castillo, especialista en familia de la Monserrate lee un cuento a una niña en el servicio de Pediatría del hospital San Francisco de Asís, Quibdó-Chocó. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014).

Fuente: Unimonsserrate, 2014

de cero
a Siempre



La egresada Diana Ávila de la Monserrate y Karen Jaraba, educadora hospitalaria de Caucaia planeando las Acciones Pedagógicas Hospitalarias, AcPHs. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014).

Fuente: Unimonsserrate, 2014

La pedagogía hospitalaria para la primera infancia es el conjunto de acciones con las cuales se pueden transformar los ambientes hospitalarios y situaciones de enfermedad de niños y niñas menores de 6 años, en lugares y condiciones vitales de acogimiento, atención y cuidado, teniendo en cuenta las potencialidades que ellos, ellas y sus familias tienen, en pro del bienestar y la calidad de la vida de la infancia enferma y hospitalizada. Con esta pedagogía es posible prestar atención lúdico-educativa en la que el juego, la diversión y la distracción se conjuguen con formas de adquirir aprendizajes, beneficiarse de distintos tipos de recursos pedagógicos y tecnológicos, de la disposición de material didáctico y de la adquisición de hábitos y valores. También de la atención de los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la expresión de sentimientos, el afrontamiento de la enfermedad, con sentirse tranquilo/a y relajado/a, recibir y dar afecto, relacionarse con otros y de sentirse acompañado/a.

La pedagogía hospitalaria educa, sobre todo al pedagogo hospitalario y los equipos de salud, en la hospitalidad, en que aprenden a recibir, acoger, dar la bienvenida, atender y cuidar al niño, la niña y a su familia, respetando su especificidad emocional, cognitiva, corporal, social y cultural. En la pedagogía hospitalaria resulta vital que las relaciones con las niñas y los niños estén mediadas por el respeto, el afecto y el acogimiento de los niños y niñas como recién llegados a la cultura.

Reina cierta hostilidad (hostes) hacia las nuevas generaciones, pero sobre todo hacia otras infancias, porque aún prevalecen modelos de educación autoritarios y tradicionales que representan una hospitalidad hostil para con los niños, niñas y las familias de los sectores populares, campesinos, indígenas y afrodescendientes, de los cuales se excluye su potencia creadora al imponerles, mediante la extensión del modelo biomédico a la crianza, una serie de procesos de normalización, intervención y medicalización que conducen a un rápido abandono de la “edad infantil” con miras a que “progresen” o se “desarrollen” hacia la madurez y la edad adulta.

Este acogimiento y cuidado de la infancia, en tanto que novedad e historia siempre naciente, coloca al pedagogo hospitalario en el reconocimiento de otras infancias y su propia infancia. Una infancia de “lo que no se habla”, de “lo que no se deja escribir, en lo escrito”, aquello “que no es una edad de la vida y que no pasa”, “porque habita en el adulto” (Lyotard, 1997: 9), una infancia y una adolescencia identificables con la vida como iniciación, pero sobre todo, con la emancipación; no en el sentido de una educación para la mayoría de edad, para la superación de la cobardía de vivir tutelado por el otro y para liberar al niño de su infancia, sino más bien, de una educación que reconoce que, sólo quien quiere, puede ser libre. Este marco ético, permite que el niño y la niña se emancipen porque el docente también trabaja en su propio cultivo y emancipación, contribuyendo así a que ellos

también hagan el trabajo que les corresponde (Rancière, 2007). El proyecto se implementó a través de tres fases: a) caracterización de los contextos de las instituciones de salud en que se desarrollaría el proyecto y de la población infantil que haría parte de este, b) diseño y pilotaje de la estrategia educativa innovadora, y c) ajuste de esta de acuerdo con las características de la población y las condiciones de posibilidad de los contextos.

La pedagogía hospitalaria para la primera infancia se desarrolla alrededor de cuatro componentes: a) caracterización; b) diseño de una estrategia de acción; c) planeación y desarrollo del trabajo alrededor de cinco principios: Acogimiento, Cuidado de sí y del otro, Relación con el saber y el conocimiento, Protagonismo infantil y Vitalización que se decantan en una secuencia didáctica realizada en seis momentos, donde se incorporan las cuatro actividades rectoras de la primera infancia (juego, arte, literatura y exploración del medio) y los estructurantes de la educación inicial; d) acciones evaluativas y reflexivas de la propuesta pedagógica.



Juan Pablo Rodríguez, especialista en familia de la Monserrate realiza un trabajo sobre la estructura y dinámica familiar en el Hospital San Francisco de Asís, Quibdó-Chocó. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014.

Fuente: Unimonserrate, 2014

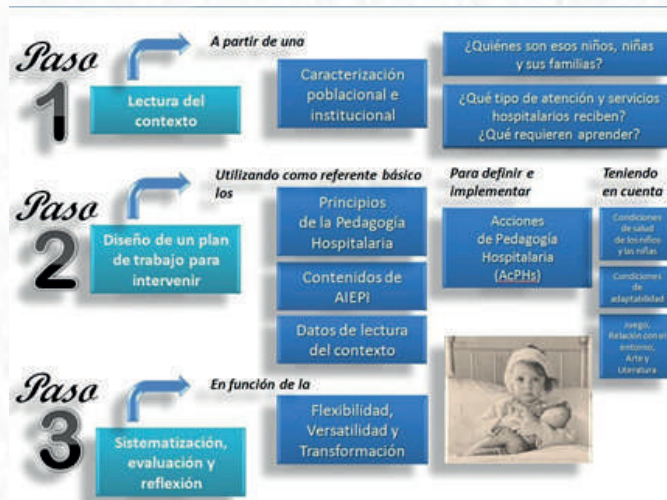


Figura 3. Pasos para el desarrollo de la pedagogía hospitalaria para la primera infancia.

El plan de trabajo para intervenir se desarrolla a través de las Acciones Pedagógicas Hospitalarias (AcPHs), que son dinámicas programadas y secuenciadas en la labor de las personas dedicadas a la pedagogía hospitalaria, buscan generar impactos formativos en la población infantil en situación o condición de enfermedad. Se caracterizan por tres elementos fundamentales: un carácter interdisciplinario, su capacidad de facilitar el trabajo intersectorial y su adaptabilidad o plasticidad sociocultural.

Una AcPHs no es una “fórmula mágica” sino una herramienta de planeación, ejecución y acción reflexiva permanente. Cada Acción Pedagógica Hospitalaria (AcPH) implica una Secuencia Didáctica desarrollada con las niñas, niños y familias, durante seis momentos que, si bien tienen una lógica de ejecución, se pueden acomodar y flexibilizar de acuerdo con las dinámicas del trabajo pedagógico:



Figura 4. Seis momentos de desarrollo de las Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs).

El pedagogo hospitalario debe construir relaciones de trabajo interdisciplinario con el personal de salud y con la administración del hospital para las labores de planeación, ejecución y

seguimiento de actividades y evaluación conjunta. Por tanto, es necesario establecer espacios de encuentro para conocer y reconocer el trabajo que hace cada uno de los profesionales que atienden a los niños y niñas en situación y condición de enfermedad, estableciendo conversaciones continuas con el personal de salud y con otros profesionales a cargo de los niños y niñas, en las que se comuniquen qué hace cada uno en el hospital, cómo opera y para qué lo hace y desde allí identificar posibilidades de trabajo conjunto.

También es clave vincular poco a poco a los profesionales de la salud al trabajo que realiza el educador hospitalario, en acciones pequeñas y concretas, en alguno de los momentos de las AcPHs, como forma de visibilizar el trabajo que hace el educador hospitalario y para contribuir a humanizar la atención del personal médico y de enfermería, resaltando la importancia de los derechos del niño y los derechos de los niños hospitalizados (Cf. Durán, 2005).

También es muy útil acudir a los diferentes profesionales del hospital para planear de manera conjunta talleres, actividades y proyectos orientados a la población infantil y sus familias, como forma de concitar los saberes disciplinares y la experticia profesional de cada cual.

Entre los principales resultados obtenidos con el desarrollo de esta propuesta podemos mencionar: 32 semanas de trabajo en los hospitales con la participación en el proyecto de 330 niños y niñas junto con sus familias; 144 en Quibdó (44%), 134 de Cali (41%) y 51 en Cauca (15%). Un total de 50 reuniones con actores claves tanto de los hospitales, como agentes de la política pública local, las universidades y ONG relacionadas con la primera infancia y un proceso de formación in situ en las características del modelo con tres educadoras hospitalarias que desarrollaron la estrategia en los hospitales acompañadas por el equipo pedagógico y de investigación del proyecto.

Desde el punto de vista cualitativo, este proyecto sirvió para visibilizar una población de niños y niñas en situación y condición de enfermedad que generalmente pasa desapercibida, pues prevalece el imaginario del niño como “hijo de familia en la casa” o de “preescolar en el jardín infantil”, pero que debería ser una prioridad nacional. En este contexto, la pedagogía hospitalaria para la primera infancia es un “modelo” de trabajo donde se convoca la transdisciplinariedad y la intersectorialidad, lo que implica un diálogo de saberes en el marco de un propósito colegiado y unas concepciones que orienten la atención integral de la primera infancia, desde una perspectiva de salud alternativa.

Esta experiencia genera ruptura frente a las certezas disciplinares con las que usualmente se interviene y gobierna a la población infantil para comprender al niño enfermo como un sujeto integral, lo que implica también una renovación de las apuestas institucionales que en la mayoría de ocasiones resultan ser hostiles con la infancia, como forma de construir otros modos de relacionarse con los niños y niñas, en las que prime su protagonismo, el reconocimiento de sus talentos y potencialidades y la valoración, más que de la diversidad, de la diferencia cultural de sus familias, también se impone la resignificación de los ambientes hospitalarios para hacerlos más acogedores y aprender a apostar no por la creación de aulas o prácticas escolarizantes y disciplinantes sino por el diseño de ambientes de aprendizaje que favorezcan una relación apasionante con el conocimiento y actitudes de cuidado consigo mismo y con los demás.

Las creencias, imaginarios y pautas de orden cultural, respecto del proceso salud-enfermedad que han construido las familias, son un reto en el sentido que no es posible subvalorarlas, rechazarlas o quererlas transformar desde el saber experto; por el contrario, uno de los retos de la pedagogía hospitalaria es el fortalecimiento de un trabajo con *etno-educación* y *etno-salud*, pues implica tener en cuenta y comprender esas prácticas culturales de salud y enfermedad, donde hay que armonizar las prácticas y saberes tradicionales con las prácticas medicinales convencionales.

Aunque el proyecto mostró que la pedagogía hospitalaria aporta a la atención integral de la primera infancia, es necesario responder a mayor escala y en un periodo mayor de tiempo, ¿cuáles son los efectos de esta apuesta pedagógica en la recuperación de niños y niñas en situación y condición de enfermedad? y ¿qué impactos se puede tener en las prácticas de crianza de las familias?

La pedagogía hospitalaria también es una manera de aportar a la humanización del servicio de salud de todos aquellos adultos que se relacionan con niños y niñas enfermos e internados en las instituciones de salud. El proceso permite resignificar la concepción tradicional que prevalece sobre la enfermedad, asociada a una incapacidad para seguir viviendo, a relaciones de dependencia del niño o de la niña hacia su adultez, a una espera prolongada frente al avance de la enfermedad en la que hay que imaginar otras condiciones de posibilidad para formarse, para resistir y seguir viviendo.

Retos de una pedagogía hospitalaria en el Pacífico

La región del Pacífico colombiano comprende 11,5% del territorio nacional, incluye el departamento de Chocó y cerca de 95 municipios de los departamentos de Antioquia, Cauca, Valle del Cauca y Nariño, su jurisdicción sobrepasa los dos millones de habitantes, de los cuales 90% son afrodescendientes y unos 50.000 que pertenecen a varios grupos étnicos indígenas. Se la considera la región más pobre de todo el país, pero con una alta diversidad biológica amenazada, así como ricos recursos naturales: el oro, el platino, la madera y sitios turísticos ideales.

Como ha analizado Escobar (1996, 2004), desde la colonia el Pacífico fue integrado a la economía mundial por procesos de esclavitud, minería, sometimiento y/o eliminación de los indígenas. Desde los años ochenta, la región forma parte de una estrategia capitalista global y nacional de desarrollo de la selva húmeda tropical para actividades extractivistas. El desplazamiento forzado que inició en el Pacífico hacia 1966 no es un fenómeno aleatorio, sino parte de un proceso selectivo y planificado de la modernidad capitalista eurocéntrica y su proyecto espacial y cultural de desarrollo para apropiarse y remodelar estos territorios, sus paisajes biofísicos y culturales

y para continuar con la discriminación racial sobre los grupos étnicos, con miras hacia la construcción de un orden racional, previsible y controlable desde una desterritorialización y reterritorialización continuas de la vida social por parte de los aparatos del Estado, del capital y del saber.

Sin embargo, las comunidades negras e indígenas y sus organizaciones han contrapropuesto que el estado proteja sus derechos étnicos y humanos, reconocidos por los acuerdos internacionales y las propias leyes nacionales, llamaron al Pacífico “territorio-región de grupos étnicos”, pidieron que el Chocó se declare “territorio de paz” y que el Valle del Cauca, Cauca y Nariño sea una región de “territorios de protección” bajo la vigilancia y observación de entidades internacionales, con miras a convertir a toda la región del Pacífico en un territorio de paz, bienestar y libertad, alejado de cuatro factores de desplazamiento: realización de grandes proyectos de desarrollo en detrimento de los bosques y las explotaciones agrarias locales; la violencia armada; la corrupción y la propagación de cultivos ilícitos en determinadas áreas.

Por tanto, proponer una pedagogía hospitalaria para la primera infancia en el Pacífico, es entender que estas violencias y conflictos de índole económico, ecológico y cultural, son el sustrato fundamental de los problemas de salud de esta re-

gión, a los que hay que añadir fallas en la seguridad alimentaria, deficiencias en el sistema de salud, baja calidad en la educación y grave devastación ecológica que ocasiona la minería, que también alimenta el conflicto armado.



Trabajo sobre el vínculo afectivo a partir del sentido del nombre colocado al bebé en el servicio de Neonatos del Hospital San Francisco de Asís, Quibdó-Chocó. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014.

Fuente: Unimonserate, 2014



Taller de sensibilización para un buen clima de trabajo, desarrollado en el auditorio del hospital San Francisco de Asís, Quibdó-Chocó. Proyecto: Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia. (Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, CIPI - Fundación Universitaria Monserrate, septiembre de 2013 a febrero de 2014.

Fuente: Unimonserate, 2014

Referencias Bibliográficas

- Duran Strauch, E. (2005). El buen trato empieza por casa, nuestros hospitales un lugar amable para los niños. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pediatría. Recuperado de http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion_Ok/IAMI/Material/20consulta/20IAMI/manua/20Buen/20Trato/20Dr/20Ernesto/20Dur/C3/Aln.doc
- Escobar, A. (2004). Desplazamientos, desarrollo y modernidad en el Pacífico colombiano. En Restrepo, E. y Axel Rojas. Conflicto e (in)visibilidad: Retos en los estudios de la gente negra en Colombia. Popayán: Editorial Universidad del Cauca. Recuperado de <https://publications.iom.int/books/conflicto-e-invisibilidad-retos-en-los-estudios-de-la-gente-negra-en-colombia>
- Espitia Vásquez, U. I.; Barrera Aldana, N. M. e Insuasti Coral, C. A. (2013). La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI, en Hojas y Hablas, No. 10, octubre de 2013, pp. 70-90. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Monserrate. Recuperado de <http://revistas.unimonserrate.edu.co:8080/hojasyhablas/article/view/13>
- Lyotard, J.-F. (1997). Lecturas de infancia: Joyce, Kafka, Arendt, Sartre, Valéry, Freud. Buenos Aires-Argentina: EUDEBA.
- Sastoque Melani, C. [et al.] (1990). Guía práctica para el manejo del paciente quemado. Bogotá, Colombia: Hospital Universitario Pediátrico la Misericordia, Unidad de Cirugía Plástica y Quemados - Linotipia Martínez, abril.
- Presidencia de la República (2013a). Atención integral: prosperidad para la primera infancia. Bogotá, Colombia: Comisión Intersectorial de Atención a la Primera Infancia, Estrategia Nacional De Cero a Siempre. Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Cartilla-Atencion-Integral-prosperidad-para-primera-infancia.pdf>
- (2013b). Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Bogotá, Colombia: Comisión Intersectorial de Atención a la Primera Infancia, Estrategia Nacional De Cero a Siempre. Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
- Rancière, J. (2007). El maestro ignorante: cinco lecciones sobre la emancipación intelectual. Buenos Aires-Argentina: Libros del Zorzal.
- Rivera Rueda, Mónica (2017). El hospital Simón Bolívar de Bogotá tiene un “osito” que cura, El Espectador, 25-jun. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/el-hospital-simon-bolivar-de-bogota-tiene-un-osito-que-cura-articulo-700024>



Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Capítulo 6

Apuntes históricos sobre la construcción del campo de la pedagogía hospitalaria ⁶

⁶ Conferencia inaugural pronunciada el 26 de febrero de 2015 en el Ier Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria, organizado por el Grupo de investigación en pedagogía hospitalaria de la Fundación Universitaria Monserrate, Unimonserate y la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria. Bogotá, D.C., Auditorio de la Iglesia Nuestra Señora de Lourdes, Bogotá, Colombia 26-28 de febrero.

La preocupación por conocer los antecedentes de la pedagogía hospitalaria, tanto a nivel nacional como internacional, llevó al grupo de investigación de la Fundación Universitaria Monserrate a trabajar en el proyecto de investigación *Sistematización de las prácticas educativas en la Fundación HOMI (Hospital de la Misericordia), 2000-2010*, que continuamos desarrollando con el actual proyecto de *Genealogía y devenir de la hospitalidad y las éticas del cuidado*.

La investigadora Sandra Farias Vasconcelos (2005) afirma que la pedagogía hospitalaria se inició en 1935 en París, cuando el político Henri Sellier, alcalde de Suresnes y ministro de Salud Pública, inauguró la primera escuela para niños discapacitados en los barrios de París. Su ejemplo habría sido seguido en toda Francia, Europa y Estados Unidos, con el objetivo de eliminar las dificultades de aprendizaje de los niños con tuberculosis. Henri Sellier fue influido en su juventud por los ingenieros Edouard Vaillant y Breton Jules-Louis, él creía que la política de salud para la población debía acompañar sus proyectos políticos. Interesado en todos los aspectos de la vida cotidiana de sus conciudadanos, organizó la protección de la salud desde la niñez, creando lugares y medios de la educación para todas las edades, innovó en materia de vivienda en aras de la higiene y el confort. Sellier elevó a la categoría de ciudad-jardín modelo al municipio de Suresnes.

La Escuela al Aire Libre de Suresnes para niños enfermos de tuberculosis y con otros problemas respiratorios se construyó entre 1932 y 1935 con apoyo de Sellier. Fue edificada por los arquitectos Eugène Beaudouin y Marcel Lods asociados con el ingeniero Jean Prouvé. En 1936, el Frente Popular liderado por Sellier, inició una política social de integración de los niños con retraso mental, convocando la colaboración de los distintos ministerios interesados en la niñez (Educación, Salud y Justicia). Sellier creó en Suresnes el *Centro Nacional de Investigación y Formación para la Infancia Inadaptada (CNEFEI)* en 1939, que tuvo como objetivo la formación de profesores para trabajar en institutos especiales y en los hospitales, orientado a mostrar que la escuela no debiera ser un espacio cerrado. Este centro de investigación promovió prácticas en internados donde asistían maestros y directores de escuela, médicos escolares de salud y trabajadores sociales. En 1939 Sellier también creó la Oficina del Profesor de Hospital en el Ministerio de Educación de Francia.

Esta escuela francesa formaba parte de un movimiento más amplio que se desarrolló en Europa, articulando los intereses de médicos, pedagogos, políticos y arquitectos y el movimiento de las escuelas al aire libre (Cf. Open Air Schools en Châtelet, 2008: 107-127), desarrolladas durante los años de entreguerras (1918-1939), creadas para prevenir la tubercu-

losis en los niños y atribuidas al movimiento internacional de la medicina higienista a la pobreza y falta de higiene, que se veían agravadas por la desnutrición. Estos factores causaban elevados índices de mortalidad, sobre todo infantil. La preocupación por la tuberculosis fue tratada en los congresos internacionales sobre higiene escolar, el primero se celebró en Nuremberg en 1904, allí se expusieron los problemas de la ventilación mediocre de las instalaciones sanitarias en los edificios escolares, así como la falta de supervisión médica.

Los médicos higienistas consideraban que la luz y el flujo de aire eran determinantes, por lo que abrazaron las metas de los arquitectos del movimiento moderno, que, en palabras de Le Corbusier, pedían “un nuevo espíritu”, casas que fueran “receptáculos para la luz y el sol”, por lo que se construían edificaciones donde las ventanas estaban agrandadas, a veces hasta convertirse en puertas correderas y los techos se transformaban en terrazas para tratamientos de helioterapia. Estas preocupaciones sobre la ventilación también conllevaron a recomendaciones arquitectónicas sobre la disminución en el espesor de las paredes de los edificios.

El primer pabellón construido en el año 1907 fue en la escuela en Staffordshire, Inglaterra. Más tarde, algunos arquitectos propusieron incluso edificios de una sola planta, de modo

que cada aula se pudiera abrir hacia el exterior, como la Friedrich-Ebert-Schule por Ernst May en Frankfurt (1929-1930). Estas clases al aire libre permitían el desarrollo de las actividades de grupo, lo cual mejoraba la capacidad de iniciativa y la autonomía de los alumnos, como proponía el movimiento de la Escuela Nueva. La evolución de los reglamentos generales garantizó una mejora significativa de la higiene en los edificios. La arquitectura tenía múltiples aspectos evidenciados por las escuelas construidas por Willem Marinus Dudock en Hilversum, Holanda entre 1920 y 1931; Fritz Schumacher en Hamburgo, Alemania entre 1909 y 1933; Bohuslav Fuchs en Brno, República Checa entre 1924 y 1928. (Fass, 2004).

Las escuelas al aire libre francesas resultaron hibridando el proyecto de las escuelas de los bosques alemanas y los sanatorios, proporcionando a la infancia “pre-tuberculosa” aire fresco y helioterapia, junto a una mejor nutrición, control médico, así como formación en prácticas de higiene modernas para niños de las clases trabajadoras.

Higienismo y primera escuela al aire libre

El higienismo fue un movimiento preocupado por cuidar la salud urbana, ubicaba el origen de las enfermedades en factores ambientales, por lo que creían necesario cuidar tres elemen-



Taller sobre el cuento infantil "Las palabras dulces" (Carl Norac, 2007) realizado para finalizar la práctica en pedagogía hospitalaria en el Hospital Fundación la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonsserrate, 2015

tos básicos: aire, agua y sol, a fin de alejar las "miasmas" (vapores u organismos malignos) que, se suponía se desprendían de los cuerpos enfermos o de las sustancias en descomposición.

El movimiento higienista propuso nuevos tipos de escuelas para los niños "pre-tuberculosos" y con retraso en el crecimiento, ofreciendo un programa médico educativo y preventivo adaptado a sus necesidades. Su progreso requirió escuelas que combinaban la vigilancia médica con la pedagogía adaptada a este tipo de niños. La nueva institución fue establecida por los médicos que investigan nuevos métodos profilácticos y por educadores interesados en una experiencia educativa al aire libre.

Las escuelas al aire libre o escuelas de los bosques fueron un experimento promovido por los *Congresos Internacionales de Higiene*. Las primeras pruebas tuvieron lugar en los suburbios de Berlín en 1904, a continuación, en Bélgica (1904), Lyon-Francia en 1906, Londres-Inglaterra, Suiza e Italia (1907), Estados Unidos (1908), Hungría (1910), Prusia (1911) los Países Bajos, España, Suecia (1914) y Australia (1915). El paso siguiente fue la creación de establecimientos educativos que combinaran el cuidado de la salud junto a objetivos pedagógicos.

En Frankfurt, Alemania, los arquitectos que trabajan bajo la dirección de Ernst May en la década de 1920 las escuelas descentralizadas diseñados llamados *Pavilionschule* (escuelas pabellón) o *Freiflachsenschule* (escuelas al aire libre) con las alas de un piso dispuestas en grandes sitios abiertos para aumentar la luz y la circulación del aire; la Escuela Niederursel diseñado por Franz Schuster en 1928 puede ser el primero de este tipo. Aunque hubo algunas escuelas pabellón francés (en particular, la escuela al aire libre en Suresnes diseñados por Eugène Beaudouin y Marcel Lods), Francia conserva una tradición de la densidad, la construcción de bloques de varios pisos con espacio al aire libre proporcionada mediante terrazas y azoteas (Fass, *Op. cit.*).

En Alemania, en junio de 1904, el Dr. Bernhard Bendix y el pedagogo Hermann Neufert (1858-1935), en colaboración con otros médicos y docentes, fundaron la primera escuela de este tipo: la Escuela Forestal de Charlotemburgo (Charlottenburger Waldschule) ubicada cerca de Berlín, Alemania. La construyó Walter Spickendorff, un arquitecto de la ciudad y se inauguró el 1° de agosto. Spickendorff diseñó la escuela para proporcionar la mayor exposición posible de la edificación al sol. La escuela tomó su nombre de escuela forestal o del bosque por su ubicación dentro de un bosque de pinos (Châtelet, 2008, *Op cit.*). Las clases se llevan a cabo en el bosque ofre-

ciendo terapia al aire libre para jóvenes ciudadanos con pre-tuberculosis. La escuela al aire libre era una experiencia educativa innovadora que buscaba educar a los niños sin fatigarlos con jornadas de estudio por cortos períodos de tiempo. Según lo estipulado por el Dr. Jacques Joseph Grancher (1843-1907) consistía en dar a los niños: “doble ración de aire, doble ración de alimentos y una semi-ración de trabajo”.

El objetivo higienista, en palabras de un periodista médico que describió esta escuela, era la recuperación de los niños poco saludables o enfermos crónicos, por medio de medidas higiénicas y medicinales simples, tales como residencia en un bosque, abundante luz solar, una dieta de fortalecimiento y baño adecuado. Esta escuela, buscaba impulsar prácticas de cuidado corporales y de su estado mental, para que pudieran regresar a su ambiente escolar normal. El éxito de estos esfuerzos para rehabilitar y proporcionar educación a los niños enfermizos en esta escuela forestal se informó en la literatura sobre la higiene escolar y las conferencias internacionales sobre la salud en la escuela de 1904, en Nuremberg en 1907, y en Londres y París en 1910.

El experimento, llevado a cabo por los Congresos Internacionales de Higiene, se intentó de inmediato en toda Europa y América del Norte: en Bélgica en 1904, en Suiza, Inglaterra,

Italia y Francia en 1907, en Estados Unidos en 1908, Hungría en 1910 y Suecia en 1914. Las escuelas fueron llamadas “escuelas de los bosques” o “escuelas al aire libre.” A menudo estaban alejadas de las ciudades, creadas en tiendas de campaña, barracones prefabricados o estructuras reutilizadas, y se llevaban a cabo durante el verano.

Después de la Primera Guerra Mundial el movimiento de las escuelas al aire libre organizó su Primer Congreso Internacional que tuvo lugar en París en junio de 1922, por iniciativa de la Liga para la Educación al Aire Libre creada en Francia en 1906, por su presidente, Gastón Lemonier. Este evento reunió a más de 200 promotores franceses y extranjeros, constituyendo un foro para el intercambio de ideas prácticas y de información. Además de este, se celebraron cuatro congresos más: en Bélgica en 1931, en Alemania en 1936 (que estuvieron marcados por la participación de médico alemán Karl Triebold), Italia en 1949 y Suiza en 1956. En cada uno de estos países se crearon comités nacionales. Por esto, casi dos décadas después de la creación de la primera escuela del bosque alemana, el movimiento de las escuelas al aire libre tomó vida propia y países de todo el mundo occidental empezaron a establecer programas similares.

Jean Duperthuis, estrecho colaborador de Adolphe Ferrière (1879-1960), un reconocido pedagogo y teórico del movimiento de la Escuela Nueva, creó la Oficina Internacional de Escuelas Al Aire Libre para recoger información sobre cómo funcionaban estas escuelas. Los testimonios así recabados describían una experiencia educativa inspirada en la pedagogía del movimiento de Escuela Nueva, centradas en el ejercicio físico, con exámenes médicos regulares y una dieta estrechamente monitoreada.

De acuerdo con las ideas de la escuela al aire libre, la arquitectura tenía que proporcionar un amplio acceso al exterior, con grandes ventanales y un sistema de calefacción que permita trabajar con las ventanas abiertas. La más notable de estas escuelas estaba en Ámsterdam, Holanda, fue construida por el arquitecto Jan Duiker (1929-1930), en Suresnes, Francia por Eugène Beaudoin y Marcel Lods (1931-1935), y en Copenhague, Dinamarca por Kai Gottlob (1935-1938).

Más tarde, este movimiento tuvo influencia en la educación, la higiene y la arquitectura. Los edificios escolares, por ejemplo, adoptaron el concepto de clases abiertas al exterior, como sucedió en Bale, Suiza (1938-1939, construida por el arquitecto Hermann Baur), en Impington, Inglaterra (1939, Walter Gropius y Maxwell Fry), y en Los Ángeles. Las Escuelas al aire libre

(Écoles a plein air) fueron promovidas con gran fervor utópico por parte de los políticos franceses, médicos higienistas, educadores y arquitectos salubristas convencidos que las escuelas podrían ayudar a revertir las tendencias demográficas negativas en Francia, asegurando generaciones de niños sanos y vigorosos, impregnados de la alegría de vivir, una fuerza de trabajo saludable que contribuiría a mejorar la “raza” francesa y, más tarde, combatientes para luchar contra la ocupación alemana. Al final de la Segunda Guerra Mundial, con el descubrimiento de la estreptomycin como cura para la tuberculosis, el entusiasmo por las escuelas al aire libre se disipó.

Las colonias escolares vacacionales en Colombia

Si bien en Colombia no se construyeron escuelas al aire libre, la lucha contra el raquitismo y la tuberculosis infantil llevó a construir edificaciones para alojar temporalmente a los niños de las ciudades en el campo, con el programa de escuelas vacacionales, común en casi todos los países. Según Ramírez Potes (2009), desde el Ministerio de Educación Nacional, Luis López de Mesa (1934-1938) impulsó la construcción de varias “colonias escolares de vacaciones”, que respondían a una arquitectura “neocolonial”, acorde con ideas de tipo “nacionalista” en boga. En 1945 se estableció un programa de Colonias Escolares de Vacaciones, según la Resolución 2140, para recu-

perar la salud de los escolares.

En Bogotá, en la “Colonia Escolar de Vacaciones de Usaquén” se congregaba a niñas originarias de distintos lugares del país, con el fin de ser “restauradas en su salud moral y física”. Esta institución educativa fue por muchos años un espacio en donde se dio lugar a la figura de Colonia Escolar, instituida por el Decreto 1478 de 1942, con el fin de buscar la recuperación de la salud de los escolares, su formación integral y la adaptación social a través de la formación de hábitos de esparcimiento, trabajo productivo, cooperación social y vida higiénica favorable.

La Colonia Escolar de Vacaciones de Usaquén se creó en 1937 con apoyo económico del Estado colombiano y la administración de las Hermanas de la Presentación, en el marco de las políticas de higienización de la población, que planteaba regenerar la “raza” colombiana. De distintas ciudades y pueblos de Colombia, se seleccionaban niñas que presentaban problemas de nutrición, salud corporal y salud oral; una vez elegidas entre 15 y 20 niñas por ciudad, se trasladaban desde sus lugares de origen a la Colonia, ubicada en Usaquén cerca de Bogotá. Cada niña contaba con su propio registro antropométrico, académico y de personalidad, a su llegada se anotaban sus características de ingreso a la institución, posteriormente

se comparaban los respectivos avances durante su estadía en la Colonia.

Las Colonias Escolares podían tener carácter nacional, departamental o municipal. La Colonia Escolar de Vacaciones de Usaquéen tuvo carácter nacional e hizo parte del programa de Colonias Vacacionales (Decreto 378 de 1939). Dichos programas fueron pensados muchas veces para sectores geográficos marginados.

Otra colonia escolar funcionó en Arcabuco-Boyacá, se organizó como internado para niñas de escasos recursos y con problemas de violencia intrafamiliar procedentes del departamento del Casanare y fue administrada por la comunidad de Hermanas Terciarias Capuchinas. Más adelante recibió niños y posteriormente se convirtió en el colegio privado de Arcabuco, manejado también por esta comunidad religiosa. Es posible visitar un archivo fotográfico de estas experiencias educativas del país en el Centro Virtual de Memoria en Educación y Pedagogía construido gracias al convenio entre el Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico (IDEP) y el Museo Pedagógico Colombiano de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

El Aula Pedagógica del Hospital de la Misericordia

Aquí quisiéramos abrir un paréntesis para dar a conocer la experiencia documentada del funcionamiento de un aula pedagógica dentro de un servicio hospitalario, porque es el primer antecedente histórico del surgimiento de la pedagogía hospitalaria en nuestro país, comenzó en 1972 en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de la Misericordia.⁷ Su inspirador fue el doctor Cristóbal Sastoque Melani, quien luego de culminar su pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1958, hizo una especialización en cirugía plástica en la misma universidad en 1962. En 1963 regresó al país a ocupar una vacante rural en Antioquia, y una vez se estableció en Bogotá, se especializó en quemaduras en el Hospital San Juan de Dios, terminó vinculado al servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de la Misericordia en mayo de 1963, donde también trabajaban los doctores Jorge Pedraza y Jorge Rincón, atendiendo a la población de niños y niñas quemados, sobre todo por accidentes con cocinol y pólvora.

⁷Entrevista realizada en el consultorio del Dr. Sastoque el viernes 23 de marzo de 2012, para el proyecto: Sistematización de las prácticas educativas en la Fundación HOMI (Hospital de la Misericordia), 2000-2010. (Cf. Espitia, Barrera e Insuasti, 2013).

Como refiere el doctor Sastoque en su libro: Guía práctica para el manejo del paciente quemado, publicado en 1990, esta atención de los pacientes quemados inició en la Misericordia poco tiempo después de su apertura, el 6 de mayo de 1906⁸, eran hospitalizados en el servicio de Ortopedia para ser atendidos por médicos generales y ortopedistas, pero en condiciones precarias por falta de recursos económicos, locativos y de personal. Con la llegada del doctor Felipe Coiffman en 1957 como cirujano plástico se organizaron 12 camas para la atención del niño quemado en el Pabellón Margarita y 6 camas más en el Pabellón Sefaradita para cirugía plástica. A partir de 1963 el doctor Felipe Coiffman, jefe del servicio de Ortopedia, las directivas del Hospital, las damas de la colectividad hebrea y otras señoras integraron un comité Pro-niño Quemado del Hospital de la Misericordia con el objetivo de construir un Pabellón de Quemados. Realizaron cuatro campañas entre 1964 y 1966, hasta que pudieron inaugurar el 20 de diciembre de 1969 el nuevo Pabellón construido en el tercer piso del edificio de hospitalización con 40 camas que luego se redujeron a 19, debido al alto costo que demanda la atención de este tipo de pacientes.

Tras el retiro del doctor Coifmann del Hospital, el doctor Sastoque fue nombrado jefe de este nuevo servicio, continuó reali-

zando campañas públicas para prevenir accidentes por quemaduras con el cuerpo de bomberos e incluso produjo en 1980 el cortometraje “La Señal” con Proimágenes Colombia, guión de Roberto Pinzón y bajo su dirección científica, donde mostró que el uso de gasolina blanca como medio de combustión en los hogares era el factor etiológico que producía las quemaduras más graves en los niños, lo que estaba asociado con las condiciones socio-económicas de las clases populares que dejan a sus niños solos cocinando los alimentos, y que luego de estos accidentes caseros el problema se agrava por falta de recursos hospitalarios para atender las quemaduras.

Como las quemaduras moderadas y graves afectan grandes zonas del cuerpo, conllevan riesgos de infección, tratamiento quirúrgico, cirugía plástica, manejo de rehabilitación, manejo nutricional, tratamiento psicológico, terapia física y ocupacional ante las discapacidades, así como períodos con distintos tiempos de hospitalización, un tratamiento integral de esta condición de niños, niñas y jóvenes hizo pensar al doctor Sastoque en la construcción de un Aula Pedagógica dentro del servicio de Cirugía Plástica y Quemados.

En 1971 solicitó ayuda del Ministerio de Educación, de allí fue

⁸ El Hospital de la Misericordia fue fundado por el médico pediatra y abogado José Ignacio Barberi, el 23 de julio de 1897. La primera piedra se colocó el 25 de julio de 1907 y en mayo 6 de 1906 el hospital abrió sus puertas al público (Cf. Fundación HOMI, Portafolio de servicios, pp. 8-9, página web consultada en septiembre de 2015).

remitido a la Secretaría de Educación del Distrito. María Cristina Arango Vega, esposa del presidente Misael Pastrana Borrero le ayudó con el nombramiento de María Luisa Tovar como profesora en jornada especial en 1972, ella duró en el cargo 5 años. Luego llegó la profesora Ana Lucía Rojas quien permaneció 3 meses, pues la traumatizó el trabajo con los niños quemados, aunque paradójicamente ella manifestaba que le gustaba el olor de estos niños... Para reemplazarla, el Dr. Sastoque acudió al presidente Pastrana y logró que se nombrara a la profesora María Nubia Velásquez, quien ingresó al servicio el 1° enero de 1979 y se desempeñó como docente a cargo del Aula hasta el 30 de agosto del año 2000. Finalmente, el Dr. Sastoque se retiró de la Misericordia en 1993, pero el nuevo director del servicio decidió no continuar este proyecto que alcanzó a durar 25 años y 11 meses.

Desde el momento en que los niños ingresaban al servicio Quemados y Cirugía Plástica, hasta que eran dados de alta, la docente comenzaba un trabajo pedagógico estableciendo una red de intercambio de información con el personal médico y paramédico, el niño, la familia y el maestro de la escuela a donde el niño asistía, con el objeto de conocer y evaluar sus necesidades educativas, planear un programa escolar y para facilitar al maestro de la escuela información básica sobre el estado y evolución de la condición de salud del niño, pero también para:

- Solicitar información detallada por escrito o personalmente, sobre el nivel académico del niño, sus aptitudes y deficiencias, intereses, necesidades y problemas especiales.
- Esta comunicación con el maestro de la escuela habitual del niño y el maestro del hospital debe ser regular y continuada para intercambiar información y de esta manera dar mucho apoyo al niño.
- Permite además la transferencia de materiales educativos, por ejemplo: textos, pruebas académicas, resúmenes de las diferentes áreas, programas de estudio. Además, contribuye en el éxito de la reescolarización (Velásquez, 1990, p. 184).

Antes de iniciar la reescolarización del niño en el hospital, mediante un programa de enseñanza individualizada que le permitía atender a niños de numerosos grados, la profesora Velásquez evaluaba las necesidades socioafectivas y nivel académico del niño, en parte, con información suministrada por el maestro de escuela y mediante la aplicación de pruebas orales o escritas, observaciones y charlas con el niño, efectuadas en el aula escolar del servicio. Así detectaba habilidades intelectuales, conocimientos, aptitudes y valores, que desde el punto de vista cognitivo y socioafectivo le permitían ubicar rápidamente al niño dentro del correspondiente nivel en el programa escolar allí desarrollado.

La profesora tenía en cuenta que, al aplicar este tipo de evaluaciones, el niño experimentaba menor grado de regresión en su desarrollo, como respuesta sana y normal al trauma sufrido por la lesión térmica, eléctrica o química, la que iba superando a medida que iban evolucionando las diferentes fases de su tratamiento hospitalario. Este método de enseñanza individualizada permitía que el niño determinara en clases activas y grupos pequeños, su propio ritmo de aprendizaje según fueran sus intereses, capacidades e iniciativas, adquiriera habilidades y destrezas para pensar, investigar y experimentar, así como actitudes de cooperación y participación. De igual manera, el niño selecciona con el maestro, entre varias actividades, aquellas que realizaría para lograr unos objetivos propuestos, a partir de los conocimientos que el niño ya tenía al respecto.

Para el efecto, se estimulaba el desarrollo de las propias capacidades individuales del niño, la automotivación, la autoevaluación permanente y el estudio independiente, siendo lo más importante que el niño adquiriera un compromiso activo con lo que realizaría. En ese sentido, los horarios del aula escolar se adaptaban al niño y no el niño al horario, y en función de sus necesidades y de acuerdo con su ritmo de trabajo.

Al planear las actividades, la profesora tenía en cuenta que los

niños terminaran las tareas inconclusas, equilibraba el desarrollo de las diferentes áreas escolares y no solo las de mayor agrado del niño, reforzaba y mecanizaba los conocimientos adquiridos antes, otorgaba descansos después de cada 45 minutos de trabajo y una hora para las visitas familiares, dedicaba una hora para la formación en valores artísticos y por lo menos 25 minutos para actividades grupales, en ocasiones dirigidas, pero siempre procurando la participación del niño.

También se impulsaban otro tipo de actividades rutinarias como la revisión del aseo personal, ejercicios de memoria, de atención, coordinación, cantos, cuentos, limpieza del aula escolar, comentarios de sucesos de días anteriores o de las mañanas (cómo pasaron la noche, el baño matinal, la curación, las terapias), evaluación de juegos y otras actividades espontáneas realizadas por los niños, la revisión de cuadernos y trabajos presentados, orientaciones para el aseo personal, el manejo relaciones con los compañeros y demás personal del servicio, proyecciones de vida cuando egresaran del hospital y charlas sobre cómo prevenir los accidentes y evitar volverse a quemar.

El programa escolar incluía todas las áreas básicas de la primaria (español, matemáticas ciencias naturales, ciencias sociales, educación estética, educación religiosa y educación física),

como también actividades preparatorias de esas áreas con los más pequeños. Se evaluaban las tareas escolares mediante un proceso secuencial y progresivo, así como las capacidades de los niños en sus aspectos físicos, morales, actitudinales, sociales e intelectuales, otorgando calificaciones que oscilaban entre excelente e insuficiente. De todo el proceso se llevaban resultados en un libro reglamentario y algunas observaciones hechas al niño, que se reconsideraban con los miembros del equipo que laboraba en el servicio.

Por último, cuando ya se establecía la fecha de egreso del niño del hospital, se empezaba su preparación para facilitar su reingreso a la escuela habitual, planificando salidas fuera del servicio, al parque del hospital y a otras dependencias, para que empezaran a experimentar las dudas y temores que enfrentarían fuera. También se enviaban a la escuela todos los trabajos escolares realizados durante su estadía en el servicio, junto con las observaciones y evaluaciones presentadas.

Sin ánimo de ser exhaustivos, es oportuno mencionar que, aunque esta experiencia pionera de la pedagogía hospitalaria en el Hospital de la Misericordia dejó de funcionar en 1993, hacia el año 2000 empezaron a visibilizarse otras prácticas desarrolladas en el país. Es el caso de la Escuelita del Instituto Nacional de Cancerología avalada por la Secretaría de Educación del Distrito para graduar escolares de primaria. También

hay que mencionar el Aula Pedagógica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, ubicado en el barrio Sevilla de Medellín y el Aula Pablito del Hospital Pablo Tobón Uribe, ubicado en el barrio Córdoba, en la comuna Robledo de Medellín.

Breve recuento de algunas experiencias en pedagogía hospitalaria

El acercamiento de la Fundación Universitaria Monserrate a la pedagogía hospitalaria data de 1984. En ese entonces el programa de licenciatura en educación preescolar propuso al Hospital de la Misericordia una alianza para que nuestras estudiantes pudieran realizar prácticas de formación profesional con la población infantil hospitalizada, lo que sirvió para ampliar el campo de prácticas que también realizábamos en instituciones educativas convencionales como colegios y jardines infantiles y en ámbitos no convencionales como, fundaciones, bibliotecas públicas y bibliotecas comunitarias. Para el efecto, suscribimos una alianza interinstitucional e iniciamos un trabajo pedagógico y educativo centrado en componentes comunicativos, estéticos y socioafectivos.

Esta situación de internación en el ámbito hospitalario pediátrico y en los hospitales y clínicas generales, es distinta de la que experimentan los niños, niñas, jóvenes y sus familias en

los procesos de “mantenimiento” y rehabilitación, o los que acontecen en las fundaciones y hogares de paso, también asociadas a este circuito de instituciones de ayuda al niño enfermo.

Como la Vicerrectoría Académica de la Unimonserate abrió una convocatoria para financiar proyectos de investigación en 2005, presentamos una propuesta para realizar un análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria que, a la postre, permitió configurar un primer grupo de investigación sobre el tema, entregando su informe final en el segundo semestre de 2006.

En el 2008 publicamos este trabajo de revisión bibliográfica como parte de la alianza suscrita con la Fundación Telefónica para desarrollar el proyecto Aulas hospitalarias apoyadas en nuevas tecnologías en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, la Fundación Cardio-Infantil-Instituto de Cardiología, el Instituto Nacional de Cancerología y la Fundación Dharma y, a partir del mes de abril de 2009 otras tres instituciones: la Fundación Cardiovascular de Colombia de Bucaramanga, la Fundación Valle del Lili de Cali y el Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja Colombiana, Seccional Caldas, “Rafael Henao Toro” de Manizales.

Como la sociedad en general ha detectado la necesidad de brindar atención educativa a la población infantil y juvenil, que padece diversos tipos de enfermedades y que es marginada del sistema educativo oficial, en aras de garantizar su derecho a la educación el Consejo de Bogotá expidió en el año 2010 el Acuerdo 453 por medio del cual se creó el Servicio de Apoyo Pedagógico Escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red de hospitales adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Así mismo, la Resolución 1012 del 30 de marzo del 2011 de la Secretaría de Educación de Bogotá creó el Servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados, por lo que la SED empezó a brindar atención escolar a los pacientes/estudiantes de corta y larga estancia de los hospitales Kennedy, Meissen, Rafael Uribe Uribe, El Tunal, San Cristóbal, La Victoria, Simón Bolívar, Suba, Tunjuelito y Usaquén, así mismo en la Fundación Cardio-Infantil, el Instituto Nacional de Cancerología y la Fundación HOMI, mediante la contratación de docentes regulares en matemáticas, español y ciencias sociales, con dos objetivos: propiciar que los niños y jóvenes hospitalizados no se atrasen con las actividades escolares y vincular a los menores que no se encuentran escolarizados.

En agosto de 2011 creamos junto con Ángela María González de la Universidad de Caldas; Patricia Parra de la Universidad de Antioquia; Mónica Narváez de la Universidad de la Sabana, y Paola Méndez y Sandra Martínez de la Fundación Aulas Sannarte la *Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria*, con miras a visibilizar las 32 experiencias nacionales y aulas existentes en este campo educativo, también para impulsar la construcción de conocimiento mediante la sistematización de sus prácticas, ya que estas aulas y experiencias cuentan con distintos apoyos: Hospitales públicos y privados, Universidades, Instituciones de Educación Superior, Fundaciones, Empresas como Fundación Telefónica y Agencias del estado como la Secretaría de Educación del Distrito, la Secretaría de Salud Distrital, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI). Esta iniciativa permitió que algunos de nosotros presentáramos ponencias en el encuentro internacional de educación hospitalaria organizado por la Fundación Telefónica el 15 y 16 de noviembre de 2011 en la Fundación Cardio Infantil.

En este recuento también hay que destacar la expedición del Decreto 1470 de 2013 que, al tutelar el derecho a la educación de los niños con cáncer, reglamentó el Apoyo Académico Especial en Educación Formal en educación preescolar, básica y media de la población menor de 18 años que se encuentre

en instituciones prestadoras de salud o aulas hospitalarias públicas o privadas, así como el Plan de Apoyo Emocional para este tipo de niños y sus familias.

En Manizales se creó en 2013 la *Mesa Interinstitucional por el Derecho a la Educación de los Niños, Niñas y Adolescentes Hospitalizados* liderado por Ángela María González, alrededor del Aula del Hospital Infantil Universitario de Manizales, iniciativa a la que se han sumado la Universidad de Caldas, la Universidad de Manizales, la Fundación FESCO, la Gobernación de Caldas y la Alcaldía de Manizales.

Entre septiembre de 2013 y febrero de 2014 la Unimonserate realizó la consultoría *Pedagogía hospitalaria para la primera infancia*, como parte de la estrategia nacional del programa *De Cero a Siempre* que gestiona la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI), fundamentado en las actividades rectoras de la infancia (juego, arte, literatura y exploración del medio), los estructurantes de la educación inicial (el cuidado y la crianza, la salud, la alimentación y la nutrición, la educación inicial, la recreación y el ejercicio de la ciudadanía y la participación) y cinco principios de la pedagogía hospitalaria establecidos desde nuestra experiencia en este campo educativo (hospitalidad, cuidado de sí y del otro, relación con el saber y el conocimiento, protagonismo infantil

y vitalización). Desde el punto de vista práctico, elaboramos un diseño pedagógico articulado mediante Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs) en tres hospitales públicos del Pacífico colombiano focalizados por CIPI, a saber: el Hospital César Uribe Piedrahita de Caucasia, Bajo Cauca Antioqueño; el Hospital Departamental San Francisco de Asís de Quibdó-Chocó; y el Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali en el Valle del Cauca.

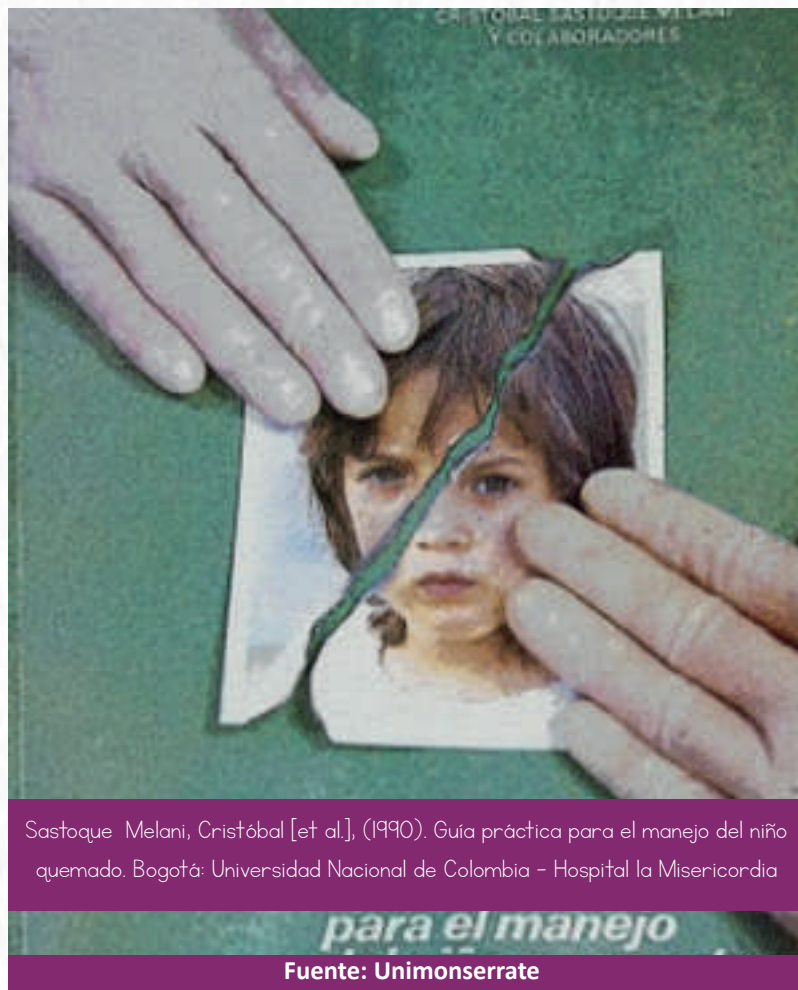
En este mismo año de 2014, el MEN buscó desarrollar un modelo educativo flexible denominado Retos para Gigantes para los niños hospitalizados, para lo cual produjo guías para el estudiante y el docente para los grados de Transición y Básica primaria (1º a 5º), ajustando estos materiales a la situación que viven los estudiantes-pacientes, con miras a crear hábitos de estudio y rutinas de trabajo escolar; además de permitir la posibilidad de adquirir habilidades, destrezas y conocimientos que les apoyen en su aprendizaje, respetando sus condiciones especiales de salud, motivación y estado de ánimo y afectivo.

Además, en 2014, también se creó el Programa “Sana que Sana”, como una estrategia implementada por primera vez en Bogotá por parte de las Secretarías de Integración Social, Educación, Salud y Cultura, que atienden cada día de la semana, de manera personalizada a bebés desde la gestación hasta los

5 años, a través de acciones pedagógicas acordes a la edad, intereses y recomendaciones médicas, a partir del juego, arte, literatura y exploración del medio. Este proyecto de la Bogotá Humana atendió a niños y niñas en ocho hospitales de Bogotá, a través de espacios con dotación didáctica y formativa, complementada con la atención ofrecida por el hospital. Este *1er Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria* es importante para que hoy nos reunamos a dialogar alrededor de las prácticas, experiencias y proyectos ejecutados en Colombia para construir una pedagogía hospitalaria acogedora de nuestras infancias.



Precauciones para tener presentes, desarrolladas desde el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) en China, 2002.



Sastoque Melani, Cristóbal [et al.], (1990). Guía práctica para el manejo del niño quemado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Hospital la Misericordia

Fuente: Unimon serrate

Referencias Bibliográficas

- Espitia Vásquez, U. I.; Barrera Aldana, N. M. e Insuasti Coral, C. A. (2013). La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI, en Hojas y Hablas, No. 10, octubre de 2013, pp. 70-90. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Monserrate. Recuperado de <http://revistas.unimonserrate.edu.co:8080/hojasyhablas/article/view/13>
- Châtelet, A.M.; Lerch, D. & Luc, J.N. (2003). L'école de plein air. Une expérience pédagogique et architecturale dans l'Europe du XXe siècle. Paris: Éditions Recherches.
- Châtelet, A. M. (2008). A Breath of Fresh Air. Open Air Schools in Europe, in Marta Gutman, Ning De Coninck-Smith (eds.). Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children. Rutgers University Press, pp. 107-127.
- Cruickshank, M. (1977). The Open-Air School Movement in English Education, in Paedagogica Historica, Vol. 17, No. 1, pp. 62-74, 77.
- Espitia Vásquez, U. I.; Barrera Aldana, N. M. e Insuasti Coral, C. A. (2013). La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI, en: Hojas y Hablas, No. 10, octubre de 2013, pp. 70-90. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate. Recuperado de <http://revistas.unimonserrate.edu.co:8080/hojasyhablas/article/view/13>
- Fass, P. S. (2004). Encyclopedia of Children and Childhood in History and Society. New York and London: Macmillan Reference.
- Fondo Mixto de Promoción Cinematográfica - Proimágenes Colombia (1980). La Señal. Ficha técnica del documental, 13 min., Recuperado de http://www.proimagenescolombia.com/secciones/cine_colombiano/peliculas_colombianas/pelicula_plantilla.php?id_pelicula=843.
- Fundación HOMI (2015). Portafolio de servicios, Recuperado de <http://es.calameo.com/read/00420467191fd4d0ced19>.
- Greene, G. (2011). «Nature, Architecture, National Regeneration: The Airing Out of French Youth in Open-Air Schools 1918-1939», in Working Papers No. 45, nov., pp. 1-54.
- Gutman, M. & Coninck-Smith, N. de (eds.), (2008). Designing Modern Childhoods: History, Space, and the Material Culture of Children. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.
- Institut Français de L'éducation (1985). Bulletin du Comité français des écoles de plein air, des maisons à caractère sanitaire, des classes en hôpital. Paris: Comité français des écoles de plein air, Bulletin de liaison des maîtres d'E.P.A. et des maisons de cure, Courrier (Le) de Suresnes.

- Lemonnier, G. (1922). Premier Congrès international des écoles en plein air, en la Faculté de médecine de Paris (24, 25, 26, 27, 28 juin 1922). Rapport, communication et vœux, présentés par M. G. Lemonnier, ... avec rapport de M. le Dr Cornillot. Paris: A. Maloine et fils, 1925, 16 p.
- Presidencia de la República de Colombia (1939). Decreto 378, febrero 17. "Por el cual se determina el plan de acción del Departamento de Protección Infantil y Materna". Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1085024>
- Ramírez Potes, F. (2009). «Arquitectura y pedagogía en el desarrollo de la arquitectura moderna», en Educación y Pedagogía, vol. 21, núm. 54, mayo-agosto.
- Sastoque Melani, C. ... [et al.] (1991). Guía práctica para el manejo del paciente quemado. Bogotá: Hospital Universitario Pediátrico La Misericordia, Unidad de Cirugía Plástica y Quemados.
- Universidad Pedagógica Nacional – Alcaldía Mayor de Bogotá. Centro Virtual de Memoria en Educación y Pedagogía, Recuperado de <http://centrovirtual.idep.edu.co/>
- Vasconcelos Maia, S. F. (2005). Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. Benfica, Fortaleza-Brasil: Universidade Federal de Ceará, 7 de novembro, Recuperado de http://www.sbpnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm
- Velásquez, M. N. (1991). "Atención escolar", en: SASTOQUE MELANI, Cristóbal... [et al.] (1991). Guía práctica para el manejo del paciente quemado. Bogotá: Hospital Universitario Pediátrico La Misericordia, Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, pp. 183-189.



Uriel Ignacio Espitia Vásquez
Nuvia Marcela Barrera Aldana

Capítulo 7

*Trabajo educativo flexible apoyado en TIC con niños,
niñas y jóvenes en situación y condición de enferme-
dad, y sus familias*



Antecedentes

La configuración de este proyecto de investigación surgió como resultado de un ejercicio analítico y de reflexión por parte de la línea de investigación en pedagogía hospitalaria sobre cómo desarrollar otro tipo de apuestas metodológicas que, al tiempo que respondían a los cambios que se produjeron en la estructura curricular de las prácticas del programa de Licenciatura en Educación Preescolar, tuvieran en cuenta los intereses y requerimientos que nos formularon las instituciones del área de la salud donde desarrollábamos el trabajo pedagógico que, por esta época, estaban experimentando transformaciones, debido a las regulaciones estatales sobre los procesos de acreditación y certificación en salud, una metodología de evaluación externa con autoevaluaciones internas voluntarias y periódicas, para garantizar y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Con la certificación se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen subsidiado (EPS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por un Sistema Único de Habilitación y Acreditación ante el Instituto Colombiano de Normas Técnicas

y Certificación, ICONTEC (Ministerio de Salud, 2014a, 2014b, 201c, 2016b, 2017 y 2018).

Así se transformó la relación docencia-servicio en los programas de formación de talento humano en salud (promulgada la Ley 1164 de 2007) o entre instituciones educativas que tuvieran escenarios de práctica para pregrados y posgrados en salud (contempladas por el Decreto 2376 de 2010). Este marco legal originó una nueva institucionalidad con nuevos procesos entre las Instituciones de Educación Superior (IES) del área de la salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que abarcaban no sólo la formación sino la inclusión del componente social en las prácticas formativas, la dotación de recursos tecnológicos y el mobiliario, el desempeño profesional en salud, el modelo de evaluación y financiamiento de la relación docencia-servicio, pero también la gestión del conocimiento y la investigación.

Esta conciliación de intereses entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (IPS, Empresas Promotoras de Salud, usuarios, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidades) implicó para el convenio interinstitucional vigente entre la Unimonserate y la Fundación HOMI que: nuestras practicantes tenían que contar con todo el esquema de vacunación que se exige al

personal de salud, siendo prioritaria la vacuna contra la varicela; cumplir con los protocolos establecidos por las medidas generales de bioseguridad para prevenir el riesgo de transmisión de microorganismos entre personas y a través de los materiales pedagógicos; contar con una Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual que amparara posibles perjuicios ocasionados a terceros ante eventuales accidentes ocurridos con los niños y jóvenes (cuyo monto total para nuestros grupos de practicantes ascendía a casi 15 millones de pesos cada semestre); asimismo se estipulaba un número de cupos para estudiantes que atendían los distintos servicios con horarios diarios durante varios días de la semana; contar con un docente de acompañamiento permanente en el hospital; y disponer en la institución unos casilleros para que los estudiantes guardaran los materiales pedagógicos que requerían para su trabajo -que ellos mismos costeaban-. Y dentro del proceso de articulación, seguimiento y evaluación que veníamos desarrollando con la Gerencia de gestión del talento humano y con la

Gerencia de docencia-servicio e investigación, se le propuso a la Unimonserate que, en vez de un convenio de cooperación académica interinstitucional, suscribiéramos un convenio de docencia-servicio característico de la formación profesional en el campo de la salud. Todas estas condiciones fueron creando tropiezos que, en última instancia, impidieron la continuidad de nuestras prácticas pedagógicas en este hospital al finalizar el primer semestre de 2017, a pesar de que habíamos sostenido una vinculación interinstitucional desde 1984.

Como hemos precisado en capítulos anteriores, nuestras prácticas pedagógicas en el campo de acción educativa de la pedagogía hospitalaria evolucionaron desde acciones asistenciales, pasando por actividades educativas que al principio no se autodenominaban parte de la “pedagogía hospitalaria”⁹, aunque entre años, sus diferentes apuestas metodológicas siempre guardaron distancia de dar continuidad a los procesos de escolarización de la población infantil y juvenil en situación y

⁹ Gracias a la convocatoria de proyectos de investigación en 2005, la Dirección de Preescolar, las Coordinaciones Académica, de Investigación y de Proyección Social impulsaron la realización del primer proyecto de investigación documental que fortaleciera las exploraciones bibliográficas iniciadas por estas prácticas educativas en 2002 con las que un semillero de investigación buscaba conocer el trabajo de otros educadores en hospitales. En ese contexto, la profesora Consuelo Martín, coordinadora de prácticas del programa de Preescolar, a su regreso de un viaje a España, trajo al grupo de investigación los libros de José Luis González-Simancas y Aquilino Polaino-Loren-te (Pedagogía hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos, 1990) y de Claudia Grau Rubio y María Carmen Ortiz González (La pedagogía hospitalaria en el marco de la inclusión educativa, 2001), así fue como se conoció esta denominación internacional para este tipo de prácticas. Y como precisan los docentes de la Unimonserate, Reyes y Ortiz (2008): “No obstante, daba la impresión de que unos insistían en llevar la escuela al hospital y otros expresaban cautela” (p. 8).

condición de enfermedad, hospitalización y tratamiento, pues persistimos en la preocupación por cómo aportar a una formación integral de estas nuevas generaciones.

Desde este interés, se cultivó la necesidad y la pregunta sobre cómo configurar una apuesta metodológica centrada en las particularidades del contexto de la pedagogía hospitalaria, donde también se incluyera un trabajo educativo con la familia pero, sobre todo, procurando responder a los procesos de movilidad que percibíamos, experimentados por esta población de niños y jóvenes enfermos, dentro y fuera del sistema de salud, porque intuitivamente captamos que, sobre todo, tienen largos periodos de internación hospitalaria quienes padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus), o síndromes con manifestaciones semiológicas producidas por diversas causas, pero también enfermedades “raras” porque son crónicamente debilitantes y afectan a un número reducido de personas, también denominadas “huérfanas” o “ultra huérfanas” porque se desconoce su origen etiológico.

Cuando esta población además afronta condiciones de vulnerabilidad social, o proviene de lugares muy apartados de la geografía nacional, soporta unos tránsitos que fluctúan entre

hospitalizaciones en las instituciones de salud, con periodos de tratamiento domiciliarios que tienen lugar en un circuito para-hospitalario de oenegés integrado por fundaciones, asociaciones, albergues o casas de paso, donde deben residir con sus cuidadores, y que cuando logran recuperar su salud retornan a sus hogares y contextos escolares, aunque deban seguir los cuidados solicitados por el personal médico, pero en ocasiones, según sea el caso, retornan a nuevas internaciones hospitalarias tras un periodo de agravamiento de sus enfermedades.

Creemos que esta perspectiva de “seguir estas travesías del niño y su familia” es relevante para este campo de acción educativo, porque dinamiza preguntas sobre cómo estructurar un sistema metodológico adaptado a esta movilización corporal, socioafectiva y cognitiva de los niños y jóvenes enfermos, hospitalizados y en tratamiento, porque implica el desarrollo de una innovación pedagógica situada, contextualizada y relevante para estas infancias diversas, lo que nos llevó a formular un proyecto de investigación que respondiera a estas condiciones singulares con unas metodologías flexibles apoyadas en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), lo que comenzamos a trabajar desde la consultoría realizada con la Fundación Telefónica donde se instalaron siete aulas en hospitales del país, entre 2008 y comienzos de 2009.

Otro cambio institucional a tener en cuenta es que, en el segundo periodo académico del año 2012, la Fundación Universitaria Monserrate proyectó la creación de un Centro de Prácticas Profesionales Institucional (CPPI)¹⁰, con la intención de diseñar, implementar y evaluar proyectos realizados entre diferentes programas de formación a través de las prácticas profesionales de los estudiantes, con el fin de sumar esfuerzos y construir conocimientos interdisciplinarios que aportaran de manera amplia y profunda a diferentes contextos educativos, sociales y empresariales. El programa de Licenciatura en Educación Preescolar participó con el proyecto de pedagogía hospitalaria, porque esa apuesta institucional representaba una oportunidad para enriquecer tales prácticas desde una perspectiva interdisciplinaria, que se planteaba como necesidad evidente en los espacios de reflexión de nuestras prácticas pedagógicas y que también había emergido como una posibilidad tras el ejercicio de sistematización de una década de prácticas en el Hospital de la Misericordia (2000-2010) realizado en 2010 (Cf. Espitia, Barrera e Insuasti, 2013).

Gracias a los logros alcanzados con este CPPI durante tres semestres (2-2012, 1-2013 y 2-2013) con los practicantes de Educación Preescolar, Básica Primaria, Trabajo Social y Finanzas y Negocios Internacionales de la Unimonserate en la Fundación HOMI, el grupo de investigación en pedagogía hospitalaria decidió no perder esta experiencia, sino proyectarla alrededor de una nueva apuesta investigativa; por tal razón, este proyecto de investigación le apuntó a estructurar un trabajo educativo que además de ser flexible pudiese ser interdisciplinario.

Proceso de caracterización de una muestra poblacional con ECNT

Este proceso tuvo por objetivo desarrollar un primer acercamiento para construir un modo de caracterización de los niños, jóvenes que padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y sus familias, a través de la técnica cualitativa de las historias de vida, para apoyar el diseño de una modalidad flexible de educación apoyada en Tecnologías de Información y la Comunicación.

¹⁰ Esta sinergia académica entre los Programas de Licenciatura en Educación Preescolar, Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Lengua Castellana de la Facultad de Educación, la Especialización en Educación y Orientación Familiar, los Programas de Trabajo Social, Administración de Empresas y Gestión Ambiental, y Finanzas y Negocios Internacionales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, y los Programas de la Facultad de Tecnología de la Monserrate fue presentada el 5 de agosto de 2012.

La apuesta en el campo de acción educativo de la pedagogía hospitalaria por parte del programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Unimonserate inició por las prácticas de los estudiantes en instituciones del área de la salud y luego se desarrollaron procesos de investigación y de proyección social. Así se fue consolidando una forma de desarrollar los proyectos donde se integraban las funciones sustantivas (formación, investigación y proyección social). Por ello, el grupo de investigación decidió ampliar la perspectiva de las prácticas que realizaban los estudiantes, para no limitarlas únicamente a sus intereses y conocimientos, sino donde se perfilaran los intereses investigativos del grupo de maestros acompañantes, para lo cual se asignaron tiempos de trabajo a cuatro maestras profesionales del grupo de investigación ¹¹ a fin de que diseñaran, implementaran y evaluaran una apuesta pedagógica con

niños y jóvenes en situación y condición de enfermedad y sus familias en cuatro contextos: 1) Consulta externa y ludoteca de la Fundación HOMI, apoyando las propuestas de fomento de la lectura de Fundalectura ¹² y con trabajo de atención educativa personalizada con niños y jóvenes; 2) Fundación Grupo Alegría; 3) Fundación Pequeños Héroes Totus Tuus; y 4) con algunas personas que participaban en diferentes actividades de la Biblioteca Pública Gabriel García Márquez ubicada en el parque El Tunal. Este trabajo se realizó entre los meses de junio y diciembre del año 2012 ¹³.

Al tiempo, se exploró la realización del proyecto con la Clínica Marly, la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Saludcoop, la Clínica Infantil Colsubsidio y la Clínica Nicolás de Federman; sin embargo, no fue posible debido a la situación de alto riesgo

¹¹ Las egresadas del programa de Licenciatura en Educación Preescolar y pedagogas hospitalarias: Diana Alexandra Ariza Vanegas, Diana Marcela Ávila Fuentes, Ingrid Giovanna Rodríguez y Johanna Marcela Sánchez Buitrago.

¹² Con un cronograma de trabajo por tópicos, concertado con esta entidad: agosto: personaje; septiembre: contexto; octubre: corporalidad; noviembre: expresión y sus manifestaciones.

¹³ Participaron en esta etapa exploratoria las siguientes personas:

-Programa de Licenciatura en Educación Preescolar, los profesores Carmen Alicia Insuasti Coral, Diana Alexandra Ariza Vanegas, Nuvia Marcela Barrera Aldana y Uriel Ignacio Espitia Vásquez. Egresadas: Diana Marcela Ávila Fuentes, Ingrid Giovanna Rodríguez Páez y Johanna Marcela Sánchez Buitrago.

-Programa de Licenciatura en Educación Básica con Énfasis en Lengua Castellana, profesora Cielo Erika Ospina Canencio.

-Programa de Trabajo Social, profesoras Aleja Marlén Olivares Rojas y Luz Ángela Bedoya Bernal.

-Programa de Administración de Empresas y Gestión Ambiental, profesora Amparo Barrios Meneses.

-Programa de Finanzas y Negocios Internacionales, profesora Alejandra Pulido López.

-Y 58 estudiantes de estos cinco programas

financiero de más de 420 hospitales en Colombia, la inminente liquidación de hospitales y clínicas en diferentes departamentos, la crisis generada por el no pago de las obligaciones de las EPS con las IPS y problemas de corrupción en entidades públicas y privadas de salud. Al respecto, desde 2011 las Sociedades Colombianas de Pediatría, Cirugía Pediátrica y Anestesiología advirtieron que, en el contexto de esta crisis hospitalaria nacional, cerca de mil camas de pediatría habrían sido cerradas en el país, lo que aumentaba las posibilidades de morir por enfermedades curables en la niñez y que también el cierre y falta de apoyo en los servicios de maternidad comprometía seriamente la atención prenatal.

La última experiencia que se convirtió en insumo para la configuración de la investigación fue la consultoría realizada a través de Aldeas Infantiles S.O.S. para la CIPI, entre octubre de 2013 y febrero de 2014, que consistió en diseñar y pilotear una estrategia educativa innovadora de pedagogía hospitalaria para la primera infancia en situación y condición de enfermedad en tres instituciones de salud del país ubicadas en la ciudades de Cali, Cauca y Quibdó.

El diseño de esta modalidad tuvo en cuenta la experiencia de la Unimonserate en este campo educativo, así como la apuesta hacia la niñez por parte de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre, convertida hoy en Polí-

tica de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia (Congreso de la República, Ley 1804 de 2016), pero también, las particularidades de la población de la primera infancia participante en el proyecto de tres lugares del Pacífico colombiano, así como los intereses y condiciones de posibilidad de los contextos hospitalarios en los que tuvo lugar este trabajo.

Esta asesoría alcanzó logros importantes, específicamente respecto de la consolidación de la apuesta metodológica de la pedagogía hospitalaria, la *secuencia didáctica* de las AcPHs, centradas en diseño de ambientes para integrar las *actividades rectoras de la primera infancia* (juego, arte, literatura y exploración del medio) que, además de ser actividades inherentes a los niños y las niñas, posibilitan aprendizajes por sí mismas. Como dentro del proceso de diseño, pilotaje y ajuste de esta consultoría, las AcPHs fueron una fortaleza, se decidió incorporarlas al proyecto de investigación como una ruta metodológica para el trabajo en campo.

Otra transformación que coincidió en ese momento de caracterización de las condiciones de posibilidad del proyecto fue la alianza entre la Comunidad de las Hijas del Corazón de María y la Arquidiócesis de Bogotá, lo que llevó a la Unimonserate a un cambio de dirección institucional desde febrero de 2014, el cual incluyó un proceso de reestructuración para consolidar la Escuela de Educación.

Tal situación modificó la composición del grupo de investigación y, por tanto, el trabajo colectivo que se desarrollaba con niños y jóvenes que padecían ECNT en el HOMI, quedando a cargo solamente dos pedagogas hospitalarias, así como el diseño y ejecución del proyecto bajo la responsabilidad de un único investigador.

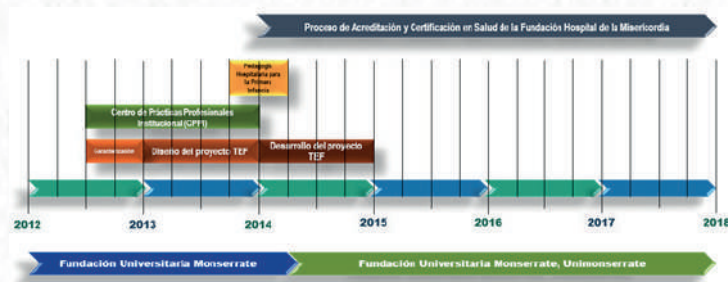


Figura 5. Línea de tiempo de la situación compleja bajo la cual se desarrolló el proyecto TEF.

El trabajo de caracterización en la Fundación Pequeños Héroes se desarrolló con tres visitas por semana. Las practicantes de Preescolar se responsabilizaron de la propuesta pedagógica y metodológica de atención con cada niño respecto de la inte-

ligencia emocional y sus posibilidades de estabilización de la condición socioafectiva de los niños y los de Trabajo Social ¹⁴ del componente familiar desde las historias de vida. La Fundación atendía en ese momento a siete niños con diferentes enfermedades, casi todos sin redes de apoyo familiar, porque fueron abandonados por sus familias, eran niños en condición de adoptabilidad, remitidos por el ICBF; la niña más pequeña no asistía a ningún jardín y los demás desarrollaban sus procesos de escolarización. Se observaron tensiones debido a cierta frialdad y poca expresividad en medio de las prácticas de asistencia y cuidado directo de los niños, en el sentido que se privilegia sobre todo su condición de salud y los procesos de escolaridad de cada uno, pero sin contemplar otras posibilidades para su condición infantil, por lo que se empezó un proceso de mediación pedagógica y de humanización al respecto con la enfermera y la persona de servicios generales.

En la Fundación Grupo Alegría, la población eran siete niños (pero a veces con algunos de sus hermanos), tres de ellos escolarizados, remitidos por las Damas Voluntarias del Instituto de Canceología, del Hospital de San Ignacio y quienes buscaron ser atendidos directamente por la Fundación. Este lugar se perfila más como un albergue de paso, brindándoles alimentación, vivienda,

¹⁴ Acompañados por las profesoras Luz Ángela Bedoya y Marlén Olivares del programa de Trabajo Social de la FUM.

transporte para los exámenes y controles médicos, para lo cual llevan un seguimiento a su proceso de enfermedad. La psicóloga a cargo considera que los niños no deben perder el tiempo, valora mucho la pedagogía tradicional: planas, aprendizaje memorístico de las tablas de multiplicar, buena letra, obediencia. Por aquella época se hicieron públicas en la prensa tensiones entre el director del Hospital Cancerológico y la directora de la Fundación, pero también con otros albergues cercanos al hospital.

Otras personas naturales y organizaciones realizan intervenciones basadas en lúdica y recreación, los estudiantes que prestan su servicio social hacen labores de refuerzo escolar. Se realizaron acercamientos mediante estrategias de juego y arte para fomentar las habilidades comunicativas y el pensamiento lógico-matemático, sin embargo, la psicóloga considera que los niños no aprenden con el juego, por lo que valora mucho más la relación disciplinante. Las madres adoptan actitudes de sumisión y aceptación hacia sus orientaciones.

Se desarrollaron diferentes actividades articuladas que proponen los libros sobre historias de vida de los niños de la Junta de Andalucía (Morago, et al., 2011a y 2011b), como el genograma y la construcción con plastilina del esquema corporal.

En el Hospital Nicolás de Federman el proceso de caracterización fue articulado desde un proyecto con juego, arte y li-

teratura. Allí se presentó un proceso de permanente rotación de la población, porque son niños atendidos por situaciones agudas de enfermedad (lo que constituye un desafío para realizar procesos pedagógicos de construcción de conocimiento), aunque permanecieron unos 20 niños oncológicos que asisten a procesos de “mantenimiento” coordinados por el servicio de Consulta Externa, de los cuales sólo dos permanecen internados y uno está en condiciones de aislamiento por constantes bajas en su sistema inmunológico. Es una clínica gineco-obstétrica, que también atiende enfermedades pediátricas. La mayoría de estos niños son hijos de maestros, por un convenio de la Clínica con el Magisterio, por lo cual el 90% de los niños atendidos son hijos de docentes estatales en ejercicio. Eran niños con mucha facilidad para relacionarse con los adultos, desinhibidos, les gusta formular preguntas, son críticos, lo que hace suponer relaciones parentales y escolares que fomentan estas subjetividades. Para desarrollar el trabajo entre pisos en la Clínica, se coordinó un trabajo entre las practicantes de Preescolar alrededor de actividades de integración propuestas por las practicantes de Trabajo Social, y de realización de un proyecto transversal sobre el significado la Navidad y los rituales de la Nochebuena para los niños y sus familias, al ser notoria la gran diversidad regional detectada por un registro de niños atendidos que se diligencia de modo permanente, y que permitió una visión general del trabajo realizado en todas

las instituciones, sobre todo frente a cómo elaborar un modo interdisciplinar de caracterización.

En ese trabajo de caracterización exploratoria adelantado con una muestra de 10 niños y niñas hospitalizados de la Fundación HOMI se contó con el aval de la Gerencia de gestión del talento humano y de la Gerencia de docencia-servicio e investigación, la sección de Auditoría del hospital suministró dos estadísticas correspondientes a los meses de julio y noviembre de 2015. Las principales características comunes a estos niños y jóvenes eran:



Primer momento de las AcPHs: presentación del trabajo pedagógico e invitación a los padres de familia para que participen



Segundo momento de las AcPHs: integración para generar ambientes de confianza con los participantes.



Tercer momento de las AcPHs: jugar, crear, imaginar, explorar y expresar a través de diversos lenguajes, trabajo pedagógico con la literatura infantil, colección Cuentos que viajan

Edades	Entre 3 y 17 años.
Escolaridad	1 Sin escolarización, 1 en preescolar, 5 en primaria y 3 en bachillerato.
Lugar de residencia	4 Residentes en Bogotá, 3 de municipios de Cundinamarca y 3 de los departamentos de Hula y Meta.
Tipo de enfermedad	Todos padecían cánceres pediátricos: 3 Leucemia Linfoide Aguda, 1 Afibrinogenemia, 1 Hepatoblastoma, 1 Masa cancerígena y 3 diagnóstico no especificado.
Tiempo de enfermedad	6 Estaban una etapa inicial y los otros 4 llevaban entre 6 y 19 meses enfermos.
Tiempo de desescolarización	Según el tiempo de enfermedad, 7 estaban desescolarizados con riesgo de deserción escolar y de extra-escolaridad, pero 5 de ellos mantenía fuertes expectativas de continuar estudiando.

Tabla I. Principales características de una muestra de 10 niños y jóvenes producto de una trabajo pedagógico exploratorio sobre las condiciones de salud y escolaridad alrededor de las ECNT.

Con dos de ellos se alcanzaron a desarrollar dos historias de vida especialmente significativas:

1. La de una joven de 16 años que llevaba hospitalizada 476 días, con un diagnóstico de **Edema angioneurótico**. Aunque ella y su madre creían que aún no se lograba establecer exactamente su enfermedad por una condición neutropénica (baja constante de defensas) que le imponía una situación permanente de aislamiento con restricción de visitas, trastornos de sueño, dolor corporal generalizado, inflamación

y drenajes en las manos y los pies e inyección de 12 ampollitas de un medicamento cuyo costo ascendía a casi 6 millones cada una y múltiples visitas de especialistas de diversas disciplinas; y

2. La de un joven de 15 años que llevaba 95 días hospitalizado con el diagnóstico provisional de un **Síndrome de malabsorción intestinal** (en estudio), por diarreas frecuentes, dolor abdominal persistente, y a una Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), sin que haya sido posible encontrar las razones últimas de su enfermedad, por lo que sufre constantes cambios en su dieta para fortalecer su nutrición.

Debido a estas estadías largas, ambos interrumpieron su 8° grado, por lo que estaban desescolarizados, sin embargo, gracias al trabajo del programa *Aulas Hospitalarias* de la Secretaría de Educación del Distrito y la Secretaría Distrital de Salud, la joven continuó su proceso formativo alternando la realización de manualidades en el hospital para ocupar su tiempo libre, que regala generosamente a los recién llegados al hospital como una forma de mantener algún tipo de relación a través de redes sociales. Por su parte, el joven tuvo su primera hospitalización en octubre de 2014 y regresó a una nueva estancia hospitalaria en abril de 2015, debido a que continuó enfermo y con un constante estado de ánimo decaído, le practicaron nuevos exámenes y recibió una autorización para tener cuidados paliativos en casa mientras le practicaban un examen especial.

Por el trabajo personalizado realizado con las pedagogas hospitalarias de la Unimonserate, el joven decidió escribir la historia de su vida y un recetario especial para tener una dieta balanceada, advirtiéndole que su enfermedad le permitió descubrir la pasión por la gastronomía, el cine y la literatura como posibles sentidos de vida compartidos con otros jóvenes en el hospital, pues convirtió la cocina en su pasatiempo favorito y en el tiempo entre hospitalizaciones ingresó a tomar cursos cortos en el SENA y en la iglesia del barrio, con el apoyo decidido de su madre, quien manifiesta la necesidad de contar con un apoyo psicológico adi-

cional, para que su estado anímico no afecte el cuidado que debe prodigarle a su hijo.

Con otra joven de 15 años, que estaba siendo atendida en la Clínica Corpas debido a un *Osteosarcoma*, un tipo de cáncer de hueso por el que tuvieron que amputarle la tibia y el peroné, y que quedó también en una situación de desescolarización, se solicitó ayuda al equipo pedagógico para continuar estudiando mediante un proceso de autoaprendizaje, debido a la precaria situación económica que manifestaba su padre. En el trabajo pedagógico personalizado, desarrollado en los espacios de una biblioteca pública, ella fue definiendo su interés por la literatura a través de la escritura de su historia de vida. En ese entonces, el equipo la apoyó contactando en agosto de 2012 al escritor Mario Mendoza, quien muy amablemente conversó con ella acerca de su oficio varias veces y le obsequió algunas de sus novelas. En el *1er Congreso Nacional de Pedagogía Hospitalaria* esta joven intervino el 27 de febrero de 2015 exponiendo su experiencia y mostrando lo que había logrado construir alrededor de sus esfuerzos con la literatura.

Las siguientes tablas corresponden a los resúmenes de las dos estadísticas aportadas a las pedagogas hospitalarias del proyecto por la Sección de Auditoría del HOMI, el 28 de julio y el 3 de noviembre de 2015. En el segundo reporte estadístico se omitió la columna de la edad, por lo que sólo se pudo definir la de algunos niños identificados durante el trabajo pe-

dagógico. Por la forma en que fueron digitados y reportados los datos, no es posible corroborar si algunos de los sujetos incluidos en noviembre ya venían hospitalizados desde julio y si ambos periodos corresponden a una muestra o a la totalidad de pacientes internados cada uno de estos meses en el hospital. En las tres primeras tablas se agruparon los datos para facilitar su interpretación, resaltando los diagnósticos directamente relacionados con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).



Cuarto momento de las AcPHs: socialización, invitación a apalabrar las diferentes reacciones experimentadas por los bebés ante los cuentos infantiles.



"Mami te quiero mucho para toda la vida".
 "Y esto pasará para toda la vida y estaremos juntas".
 "Por siempre y para siempre con amor, tu hija Michel".

Fuente: Unimon serrate

Principales Variables		Jul-2015	Nov-2015	Totales
Número total de niños, niñas y jóvenes		126	76	202
Rango de días de estancia para todos los diagnósticos		Entre 10 y 545	Entre 19 y 643	-
No. de casos diagnosticados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Diabetes Insípida	0	1	1
	Enfermedad de Hodgkin No especificada	0	1	1
	Insuficiencia Respiratoria Crónica	0	1	1
	Leucemia Aguda	1	0	1
	Leucemia Aguda, Células de Tipo No Especificado	1	3	4
	Leucemia Linfoblástica Aguda	12	11	23
	Leucemia Linfoide, Sin Otra Especificación	2	0	2
	Leucemia Mieloide Aguda	1	0	1
	Leucemia Mieloide Crónica	1	1	2
	Leucemia Promielocítica Aguda	1	0	1
	Linfoma de Células B, Sin Otra Especificación	0	1	1
	Otras Hipertensiones Pulmonares	1	0	1

	Otras Hipertensiones Pulmonares	1	0	1
	Otros Tumores Malignos Especificados	0	1	1
	Tumor de Burkitt	2	0	2
	Tumor de Comportamiento Incierto	4	5	9
	Tumor Maligno de la Columna Vertebral	1	0	1
	Tumor Maligno de los Huesos Largos	1	0	1
	Tumor Maligno del Cerebelo	2	1	3
	Tumor Maligno del Mediastino Posterior	0	1	1
	Tumor Maligno del Peritoneo	0	1	1
	Tumor Maligno del Riñón	0	1	1
	Tumor maligno del Tórax	0	2	2
Convenio con EPS	ARS Cafam	3	0	3
	Cafesalud EPS	4	3	7
	Capital Salud EPS-S S.A.S.	29	16	45
	Caprecom	1	0	1
	Capresoca EPS	1	4	5
	Comparta Salud EPS	2	0	2

Compensar EPS	7	6	13
EPS-S Convida	4	3	7
Cruz Blanca EPS	4	6	10
Ecoopsos Norte de Soacha	1	1	2
EMDISalud	1	0	1
Manexka EPS - Indígena	1	0	1
EPS Famisanar Ltda.	15	2	17
Fondo Financiero Distrital de Urgencias	0	2	2
Fundación HOMI Hospital de la Misericordia	1	0	1
Médicos Asociados Magisterio	0	1	1
Mutualser Empresa ESS	1	0	1
Nueva EPS S.A.	1	1	2
Saludcoop EPS	24	19	43
Salud Total	12	4	16
Salud Vida ARS	0	1	1
Seccional Sanidad Meta	1	1	2
EPS Sanitas S.A.	5	5	10
Seguros del Estado	1	0	1
Suramericana	1	0	1
Trasplante HOMI	5	1	6

	ARS Unicajas-Comfacundi	1	0	1
Sexo	Masculino	75	54	129
	Femenino	51	22	73
Edad	0-3	60	0	60
	4-7	25	3	28
	8-11	12	3	15
	12-15	23	3	26
	16-18	6	0	6

Tabla 2. Resumen de las estadísticas por categorías, dos meses del año.

Fuente: Sección de Auditoría del HOMI, 2015.

En la Tabla 2 se resumen las principales variables de los datos de ambos reportes, siendo notorio que, pese a que el número de sujetos disminuyó en un 60% entre julio y noviembre (de 126 a 76), el rango de días de estancia más alto para todos los diagnósticos aumentó en ese segundo mes un 2.30% (de 545 a 643). La estancia hospitalaria media y prolongada es preocupante porque genera efectos negativos en el sistema de salud, incrementa los costos de atención, hace deficiente el acceso a los servicios de hospitalización, satura las urgencias y crea riesgos de eventos adversos tales como demoras en los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, incide en una mayor necesidad de atención en los niveles de complejidad en salud y porque impacta la situación sociofamiliar y al paciente.

Por sexo, la muestra de sujetos reportada en ambos momentos para todos los diagnósticos evidencia que, en julio los niños representaban el 59.5% de casos y en noviembre el 71%, mientras que las niñas representaban el 40.5% y en noviembre el 29%; por tanto, en un periodo de cuatro meses aumentó la población de niños hospitalizados en un 11.5% y disminuyeron los casos de niñas en un porcentaje idéntico.

Al agrupar los casos diagnosticados con ECNT es visible que en ambos periodos los casos de cánceres pediátricos (jul: 29 – nov: 31) tienen mucha mayor incidencia que la diabetes (nov: 1) y las enfermedades respiratorias crónicas (nov: 1).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La Leucemia Linfóide Aguda (LLA) es el cáncer más frecuente en niños. A nivel mundial se estima que cerca del 30% corresponde a la totalidad de las neoplasias malignas que se presentan en niños y, de estas, más del 75% son LLA. En Colombia no existe aún un registro nacional de cáncer que nos permita evaluar exactamente la carga de la enfermedad por esta patología; sin embargo, se estima que se presentan aproximadamente 2.080 casos nuevos por año de cáncer en pacientes pediátricos y de estos 500 corresponden a LLA (Vizcaino et al., 2016, p.17).

Latinoamérica, y en particular Colombia, atraviesan por una “transición demográfica” debido a que el llamado “bono demográfico” está declinando. La pirámide de edades en edad de trabajar está en aumento, particularmente la más joven (entre los 25 y los 34 años) respecto de la población dependiente conformada por niños y niñas, y la población de la tercera edad. Pero esta transición poblacional relacionada con una tendencia a bajas tasas mortalidad y fecundidad también muestra una reducción en la ocurrencia de las enfermedades transmisibles o contagiosas (causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible) y por la morbilidad asociada al embarazo y al parto, y por una preponderancia de las ECNT, principalmente las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades metabólicas y neurodegenerativas, así como las lesiones causantes de enfermedad y muerte. Así, se torna importante la prevención del consumo de tabaco y alcohol, la promoción de la actividad física y la alimentación saludable, pero también la atención de las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el HIV-Sida entre los 15 y 44 años (Cf. PUJ-MinSalud-OPS, 2010).

Esta tendencia hacia una rápida transición demográfica fue corroborada por el censo nacional realizado en 2018, porque en tan sólo 20 años el país disminuyó sus tasas de mortalidad

y fecundidad, mientras que en Europa ese proceso tardó unos 200 años. En los próximos 20 años esa pirámide demográfica nacional se invertirá definitivamente. Además, el país es prioritariamente urbano porque más del 80% de la población vive en ciudades y la capital concentra casi el 20% de la población nacional (Urdinola, 2018).

Los desafíos que enfrenta la salud pública han cambiado enormemente desde el comienzo de este siglo. En este mundo nuestro tan estrechamente interconectado, la salud en todas partes está siendo moldeada por las mismas fuerzas poderosas: envejecimiento demográfico, rápida urbanización, y la globalización de estilos de vida no saludables. (...) La globalización de estilos de vida no saludables no es de ninguna manera un simple problema técnico de la salud pública. Es un problema político. Es un problema de comercio. Y es un problema de relaciones internacionales. (Chan, 2013, pp. 1-2).

Las enfermedades crónicas se caracterizan por un proceso de evolución prolongada, no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan cura completa, generan una carga social desde un punto de vista económico, una dependencia social e incapacidades. Tienen una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible, están relacionadas con varios factores de riesgo y, con excepciones, su origen es no contagioso (McKen-
na, et al., 1998).

Como plantea en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016:

Cuando se evalúa el conjunto de causas de mortalidad dominantes por zona geográfica, se evidencian profundas diferencias en el comportamiento epidemiológico. En las zonas más desarrolladas con mayor grado de transición epidemiológica, las enfermedades crónicas son dominantes; en las regiones con mayor afectación del conflicto armado dominan las lesiones de causa externa; en las áreas menos pobladas y selváticas las enfermedades transmisibles aún monopolizan la carga y, finalmente, en las zonas con mayor concentración de pobreza y en Bogotá, las enfermedades materno-infantiles afectan el comportamiento epidemiológico (Ministerio de Salud, 2016, p. II).



En la Tabla 3, de acuerdo con la magnitud del conjunto de datos de los dos meses, se los dividió en cuatro partes iguales para obtener los cuartiles. Entre el 96% y el 97% de niños, niñas y jóvenes atendidos en el HOMI durante estos dos meses, tienen una estancia hospitalaria que oscila entre 10 y 144 días (jul 2015) y entre 19 y 175 días de permanencia (nov 2015). Es decir, que un alto porcentaje de la población pediátrica puede durar entre 5 y 6 meses hospitalizada. Sin embargo, esta agrupación de datos por cuartiles no implica que equivalgan a cortos, medios o largos periodos de permanencia, determinables por servicios los hospitalarios, por las políticas institucionales de los hospitales o por las disposiciones del Ministerio de Salud.

Jul.-2015	Cuartiles	Diagnósticos	Días de permanencia
	Q1: 10-144	Cánceres pediátricos	10 - 104
	Q2: 145-278	Septicemia Debida a Otros Organismos	162
		Otras Hipertensiones Pulmonares	263
	Q3: 279-412	Ninguno	-
	Q4: 413-545	Edema Angio-Neurótico	476
Otras Enfermedades Especificadas del Intestino		545	
Nov.-2015	Q1: 19-175	Cánceres pediátricos	19 - 138
		Diabetes Insípida	69
	Q2: 176-331	Desnutrición Proteico-Calórica Severa	152
	Q3: 332-387	Insuficiencia Respiratoria Crónica	361
	Q4: 488-643	Otras Enfermedades Especificadas del Intestino	643

Tabla 4. Organización por cuartiles de las estadísticas por diagnósticos y días de permanencia, resaltando los directamente relacionados con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Fuente: Sección de Auditoría del HOMI, 2015.

En esta organización de los datos por cuartiles, la estancia hospitalaria para los *Cánceres pediátricos* forma parte del Q1, pues fluctúa entre 10 y 104 días (jul 2015) y entre 19 y 138 días (nov 2015). También se encuentra en Q1 un caso de *Diabetes insípida* con 69 días de internación en noviembre, esta es una afección poco frecuente que, aunque no forma parte de las diabetes 1 y 2, limita la excreción de agua a nivel renal. En el Q2 del mes de julio están los casos reportados de *Septicemia debida a otros organismos* (162 días), una respuesta sistémica grave ante una bacteriemia u otra infección; un caso de Otras hipertensiones pulmonares (263 días), enfermedad relacionada con la insuficiencia cardíaca del lado derecho del corazón; y un caso de *Desnutrición proteico-calórica severa* (152 días) en noviembre, consistente en una deficiencia energética de muchos micronutrientes.

En el Q3 del mes de noviembre aparece una *Insuficiencia respiratoria crónica*, con 361 días de internación en una Unidad de Cuidados Intensivos del hospital, debido a que la sangre no tiene suficiente oxígeno y/o tiene demasiado dióxido de carbono. En el Q4 se ubican los casos con mayores periodos de internación: en el mes de julio por un Edema angio-neurótico (476 días), una situación de salud grave porque puede producir una obstrucción de las vías respiratorias que provoque asfixia; y un caso de *Otras enfermedades especificadas del in-*

testino (845 días). En el mes de noviembre: una Insuficiencia Respiratoria Crónica (361 días), una afección a largo plazo que ocurre cuando los pulmones no pueden obtener suficiente oxígeno para enviar a la sangre; y tal vez el mismo caso de *Otras enfermedades especificadas del intestino* (643 días) que ya había sido reportado en la estadística de julio.

Edades	Sexo	Todos los diagnósticos		Solamente ECNT	
		Jul-2015	Subtotales	Jul-2015	Subtotales
0 a 3 años	M	38	60	6	9
	F	22		3	
4 a 7 años	M	15	25	9	15
	F	10		6	
8 a 11 años	M	9	12	5	6
	F	3		1	
12 a 15 años	M	12	23	3	4
	F	11		1	
16 a 18 años	M	1	6	1	2
	F	5		1	
Totales			126	Totales	36

Tabla 5. Resumen de las estadísticas por grupos de edad, sexo y comparación entre la totalidad de los diagnósticos y los diagnósticos por ECNT en la estadística de julio.

Fuente: Sección de Auditoría del HOMI, 2015.

En la Tabla 5 es notorio que en el mes de julio la mayor población de niños atendida en el HOMI en todos los diagnósticos corresponde al rango etéreo de los 0-3 años (47.5%), seguida de los rangos de 4 a 7 años (20%), de 12 a 15 años (18%), de 8 a 11 años (9.5%), y en mucho menor cantidad los jóvenes 16 a 18 años (5%). Por sexos en el mismo mes, se presenta siempre un mayor número de varones, excepto entre los jóvenes de 16 a 18 años, donde el sexo femenino es mayoritario.

El porcentaje de diagnósticos con ECNT respecto del número total de diagnósticos en ese mes es del 28.5%, una cifra relacionada con el diagnóstico anual de cerca de 2000 casos de cáncer pediátrico en el país y con el posicionamiento alcanzado por el HOMI como un centro especializado en cánceres pediátricos, quimioterapia y trasplante de médula, hasta lograr atender desde junio de 2013, en su Centro de Atención Integral en Oncohematología Pediátrica, “cuatro nuevos pacientes con cáncer que -se calcula- diariamente arriban al hospital, provenientes de diferentes regiones de Colombia” (Fundación HOMI, 2013).

Edades	Sexo	Todos los diagnósticos	Solamente ECNT
		Nov-2015	Nov-2015
0 a 3 años	M	M: 54 F: 22	M: 21 F: 10
	F		
4 a 7 años	M		
	F		
8 a 11 años	M		
	F		
12 a 15 años	M		
	F		
16 a 18 años	M		
	F		
	F		
Totales		76	31

Tabla 6. Resumen de las estadísticas por grupos de edad, sexo y comparación entre la totalidad de los diagnósticos y los diagnósticos por ECNT en la estadística de noviembre.

Fuente: Sección de Auditoría del HOMI, 2015.

Teniendo en cuenta los nombres de los pacientes, se logró establecer que en el mes de noviembre se atendieron en el HOMI en todos los diagnósticos: 54 hombres y 22 mujeres y 31 casos de ECNT (41%), una cifra que se incrementó en un 12.5% respecto de la estadística del mes de julio, tal vez por razones similares a las ante-

riormente expuestas en ese mes. Como ya se advirtió, las 9 edades que pudieron identificarse provienen del trabajo pedagógico de las pedagogas hospitalarias de 4 a 7 años (3 hombres), de 8 a 11 años (3 hombres) y de 12 a 15 años (2 hombre y 1 mujer).



Taller con libro infantil cómo atrapar una estrella, 22 de mayo del 2015

Fuente: Unimonserrate, 2015

La totalidad de las ECNT de este reporte estadístico son cánceres pediátricos, por rangos de edad, en orden decreciente: de 4 a 7 años (41.5%), seguidos de 0-3 años (25%) y en menores proporciones los de 8 a 11 años (16.5%), de 12 a 15 años (11%) y los de los jóvenes de 16 a 18 años (5.5%).



Quinto momento de las AcPHs: evaluación, ante algunas preguntas de los padres, se sugiere incorporar la literatura infantil como parte de las rutinas del hogar y probar con distintos tipos de materiales audiovisuales

Secuencia didáctica con las Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs) de una egresada y una estudiante del programa de Licenciatura en Educación Preescolar en el área de Lactantes del Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), segundo semestre de 2014.

Diagnóstico	M	F
Diabetes Insípida	1	
Insuficiencia Respiratoria Crónica		1
Leucemia Aguda Células Tipo No Especificado	2	
Leucemia Aguda, Células de Tipo No Especificado		1
Leucemia Linfoblástica Aguda	9	
Leucemia Linfoblástica Aguda		2
Leucemia Mieloide Crónica		1
Linfoma de Células B, Sin Otra Especificación	1	
Linfoma No Hodgkin, No Especificado	1	
Otros Tumores Malignos Especificados		1
Tumor de Comportamiento Incierto		2
Tumor de Comportamiento Incierto	3	
Tumor Maligno del Cerebelo		1
Tumor Maligno del Mediastino Posterior		1
Tumor Maligno del Peritoneo	1	
Tumor Maligno del Riñón	1	
Tumor Maligno del Tórax	2	
Totales	21	10

Tabla 8. Resumen de las estadísticas de los diagnósticos de ECNT

por sexo en el mes de noviembre.

Fuente: Sección de Auditoría del HOMI, 2015.

En la Tabla 8 del total de 31 casos de ECNT, 29 corresponden a los cánceres pediátricos y tan sólo 2 a enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

En Colombia, según Yolima Méndez Camacho, presidenta del Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil, se diagnostican 1.400 nuevos casos de cáncer infantil cada año (Revista Semana, 2016). Por tipo, la Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) es la forma de cáncer más común en niños menores de 15 años en los países latinoamericanos, corresponde al 76% de todas las leucemias y uno de cuatro niños menores de 15 años la padecen.

Según las cifras de la *Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2017* (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2017), entre el 2 de enero de 2016 y el primero de enero de 2017, en Colombia se presentaron 775 casos nuevos de cáncer infantil, con los que el número de afectados alcanzó los 5.337 casos. De ellos, 56,9% se registraron en hombres y 52,2% en pacientes del régimen contributivo y 44,8% en el subsidiado. Se identificó que la Proporción de Casos Nuevos Reportados (PCNR) de cáncer pediátrico en el país fue de 49,7 por un millón de habitantes menores de 18 años (p. 27).

Este proceso de caracterización cualitativo y cuantitativo sirvió para apoyar la conceptualización teórico-metodológica del proyecto que se desarrolló entre el primer periodo académico del año 2012 hasta el segundo periodo académico del año 2014. Con este proceso se logró:

a) Comprender las particularidades de una muestra de niños y jóvenes que padece Enfermedades Crónicas No Transmisibles, cuyas historias de vida nos revelaron las difíciles condiciones de vida que estas enfermedades conllevan para ellos y sus familias, peor en algunas experiencias, un proceso para asumir con decisión y fortaleza su padecimiento, como una vía de fortalecimiento de su salud y de otras posibilidades de vida en medio de las limitaciones.

b) Identificar los recorridos por los que transitan los niños y jóvenes desde el momento de aparición de la enfermedad, los periodos de tratamiento, el egreso del hospital cuando recuperan la salud, los procesos de "mantenimiento" característicos de la rehabilitación en salud, sucesivas experiencias de re-hospitalización y, en ciertos casos, lidiar con consecuencias discapacitantes o perecer ante la reciedumbre de la enfermedad.

c) Entender de mejor forma las normas, procedimientos y acciones de detección, diagnóstico, atención integral, cuidados paliativos, adscripción al tratamiento y rehabilitación que se practican al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

d) Explorar un trabajo pedagógico integral, basado en los intereses, capacidades y potencias de los niños y jóvenes en situación y condición de enfermedad, brindando algunas alternativas para sus familias.

e) Visibilizar y reconocer una secuencia didáctica que se construyó durante varios años de trabajo pedagógico en el HOMI, integrada por seis momentos: i) Visibilización y sensibilización, ii) Identificación y reconocimiento, iii) Integración, iv) Diálogo de saberes y conocimientos, construcción de conocimiento colegiado reflexivo, v) Socialización y vi) Evaluación que, con la asesoría desarrollada en la consultoría Pedagogía Hospitalaria para la Primera Infancia realizado con la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), terminó denominándose como Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs).

f) Identificar condiciones de viabilidad y de dificultad para el acceso, uso y apropiación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, entendidas como mediaciones comunicativo-educativas, una perspectiva latinoamericana que permite repensar las prácticas educativas desde un diálogo intergeneracional constructor de un ecosistema comunicativo con las prácticas socioculturales y las construcciones de sentido, afecto y acción de los sujetos, a partir de sus interacciones con lenguajes diferentes al texto escrito, críticas de los modelos téc-

nico-instrumentales con los que se reproduce una transmisión de contenidos disciplinarios y modos de poder disciplinantes de la conducta de los otros, que son característicos de la educación bancaria autoritaria, pero que encubiertos bajo la aparente modernización artefactual.

g) Vinculación de las familias en las apuestas de pedagogía hospitalaria desde un lugar de reconocimiento horizontal de sus saberes y prejuicios, pero también como un ejercicio de corresponsabilidad educativa entre padres, madres y docentes.

h) Apostarle a un trabajo interdisciplinar donde no solamente son importantes los saberes y conocimientos disciplinares característicos de la escuela, sino la complejidad de otros saberes que por lo general no tienen en cuenta la escolaridad obligatoria, que permiten incluir los deseos, afectos, intereses y preguntas de los niños y jóvenes enfermos y sus cuidadores significativos.

i) Incorporar una nueva dimensión al trabajo en la pedagogía hospitalaria denominada el cuidado del cuidador, relacionado con uno de los principios epistémico de la pedagogía hospitalaria: el cuidado de sí y del otro, que tiene como premisa, que no es posible desarrollar prácticas de cuidado con los otros, cuando no se tienen prácticas de cuidado consigo mismo, lo

que exige fortalecer las habilidades de cuidado del propio paciente, de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y de los maestros que trabajan en los contextos de salud.

j) Sobre todo, aprender a escuchar a los demás, dejándose enseñar de los otros, ya que todas las inteligencias son iguales y aprender a dialogar, cuyo prefijo *dia*, no significa "dos" sino "a través de", siendo posible dialogar consigo mismo y entre varios, hacer "emerger una nueva comprensión, algo creativo que no se hallaba, en modo alguno, en el momento de partida. Y este significado compartido es el 'aglutinante', el 'cemento' que sostiene los vínculos entre las personas y entre las sociedades" (Bohm, 1997, p. 29-30).

k) Contribuir a la configuración teórico-metodológica del proyecto de investigación.

Marco teórico-conceptual del proyecto

Este trabajo educativo con la población infantil y juvenil que padece diversas enfermedades, junto al que desarrollamos con sus familias que acompañan y cuidan, nos fue mostrando la necesidad de incorporar *mediaciones* que permitieran

un trabajo en los domicilios, oenegés y bibliotecas públicas, como modo de articular el accionar de las prácticas en Pedagogía Hospitalaria con niños, niñas y jóvenes, tratando de incidir en sus proyectos de vida, una cuestión nada fácil, pues los tratamientos médicos y los periodos de internación ocasionan diversos desplazamientos en esta población: entre regiones, entre hospitales, entre servicios de una misma institución de salud y entre fundaciones, albergues y casas de paso, lo que en ciertos casos incluye retornos transitorios a sus ciudades y municipios de origen. Entre esas mediaciones comunicativo-educativas está el uso de las nuevas tecnologías, que ya habíamos utilizado para la instalación de las Aulas Hospitalarias en la consultoría desarrollada con la Fundación Telefónica entre 2008 y 2009.

Los objetivos específicos de este nuevo proyecto consistían en diseñar y validar una estructura comunicativa-investigativa de carácter interdisciplinar que involucrara los programas de las Facultades de Educación y Ciencias Sociales de la Monserrate, con miras a la construcción de una Modalidad Flexible de Educación apoyada en Tecnologías de la Información y la Comunicación, como también sistematizar y socializar los resultados. Dentro del marco de justificación del proyecto, se tuvo en cuenta que las enfermedades pediátricas, las condiciones de hospitalización y los tratamientos domiciliarios inciden en



Luisa inventa una máquina para ver el miedo del otro, luego de escuchar el cuento "Franklin va al hospital" (Paulette Bourgeois, 2013). Práctica en pedagogía hospitalaria del programa de Licenciatura en Educación Preescolar en el área de Oncohematología de la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonserrate, 2015

los procesos de desescolarización, pero lamentablemente la magnitud de esta variable no ha sido cuantificada o investigada a nivel nacional por el Ministerio de Educación, aunque es una población de la cual se llevan registros dispares en los servicios privados y públicos de salud. El gobierno nacional sí ha venido ejecutando programas que buscan garantizar a niños y niñas el acceso y la continuidad educativa, como forma de continuar reduciendo los niveles de deserción que venían descendiendo en los últimos años, según el MEN (2009, párr. 3):

(...) en el 2002 había en Colombia 1'600.000 niños entre 5 y 16 años por fuera del sistema educativo; en 2009 esta cifra ha disminuido a menos de un 1.000.000 de menores. Y las campañas de permanencia escolar han logrado que la tasa de deserción en colegios públicos se redujera de 8% en 2002 a 5,4% en 2008. La meta es que para el 2010 baje al 5%.

Los índices de deserción y repetición producen un impacto directo sobre la extraedad escolar y generan un círculo vicioso donde la repetición y la extraedad resultan siendo factores asociados a la deserción. Un estudio de la Universidad de los Andes encontró como factores protectores: cursar el preescolar, asistir a jornadas escolares completas o realizar actividades extracurriculares durante el tiempo libre o la jornada contraria, así mismo, contar con programas de alimentación

escolar, subsidio al transporte y bonos para la compra de útiles escolares, una mejor infraestructura en bibliotecas y salas de cómputo y un clima escolar libre de agresión y violencia (Bautista, 2010). Por el contrario, son factores desencadenantes las dificultades económicas, la falta de participación de los padres en la vida escolar del niño, los problemas de conducta y violencia intrafamiliar, así como la falta de identificación de los infantes como grupos vulnerables, grupos étnicos, discapacitados, víctimas del conflicto, etc.

Una forma de acercarse a dimensionar este problema en Bogotá son las estadísticas del Ministerio de Protección Social que, en 2006, reportaron 28 instituciones hospitalarias acreditadas del sector salud (un 30% de 193 existentes en el país), 19 de ellas (el 46%) de alta complejidad, por lo que un alto número de pacientes, adultos y niños, son remitidos a la ciudad para su tratamiento. Para el caso de los niños, la ciudad de Bogotá cuenta con 2.120 camas pediátricas que mensualmente atienden a más de 5.000 niños, con un nivel de rotación de 3,2 días que a veces alcanza un sobrecupo de 300 camas al mes.

De igual manera, el proyecto *Aulas hospitalarias apoyadas en nuevas tecnologías*, encontró en 2009 que, un 9,5% de los niños atendidos por situaciones transitorias y condiciones de medianas y largas estancias de hospitalización en las siete aulas hospitalarias instaladas, estaban en situación de retraso

escolar y un 3% estaban desescolarizados, lo que ratifica la existencia de una problemática educativa en los niños hospitalizados o en tratamientos ambulatorios por enfermedades crónicas, que no son la única situación problemática.

Según la información de las historias clínicas del proyecto *Aulas hospitalarias*, desarrollado conjuntamente entre la Fundación Cardioinfantil y la Fundación Telefónica en ese hospital, el 35% de los niños en situación y condición de enfermedad cardiovascular y lesiones reumáticas no se encontraban escolarizados o habían abandonado sus estudios (Concejo de Bogotá D.C., 2010).

Según los indicadores de la situación de salud del DANE, para el año de 2009 las principales causas de mortalidad en Colombia eran la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la diabetes mellitus, lo que mostraba una *transición epidemiológica y demográfica* donde coexisten las enfermedades transmisibles propias de los países en vía de desarrollo (como la malaria y el dengue) y las crónicas o degenerativas, características de los países desarrollados, debido a la exposición a factores de riesgo asociados, lo que presiona la demanda de servicios, impone costos asociados a la atención de estas enfermedades y que exige la formación de recursos humanos que deberán ajustar la oferta educativa a estas necesidades (DNP, 2010, p. 625-626).

Por su parte, la *Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2005*, destacó la prevalencia de factores de riesgo como el consumo de alcohol y cigarrillo, la deficiencia nutricional, el sobrepeso y la obesidad y la inactividad física por sedentarismo, que afectan a un número importante en la población y la predispone a padecer ECNT; lo que dinamizó la expedición de la *Ley 1355 de 2009* contra la obesidad y para promover ambientes sanos, actividad física y alimentación saludable en la población colombiana, la Ley 1335 de 2009 para prevenir y desestimular la publicidad, venta, distribución y el consumo de tabaco, especialmente en menores de edad, la *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* creada a partir del documento 113 de 2008 para aumentar la cobertura de desayunos infantiles y alimentación escolar, reducir la desnutrición global, aguda y crónica, la anemia y el sobrepeso y la obesidad, y el Plan Nacional de *Salud Pública 2007-2010* que también destacó las ECNT como una prioridad nacional, definiendo compromisos y responsabilidades por parte de las entidades responsables a nivel nacional y a nivel territorial (Álvarez, et al., 2006).

El *Segundo Informe del Derecho Humano a la Educación* de la Defensoría del Pueblo (2011), paradójicamente mostró que la deserción escolar en los colegios oficiales del país va en aumento. A las causas tradicionales de abandono escolar se añadieron la violencia escolar, el embarazo adolescente, las

enfermedades en los niños y la violencia generada por grupos armados ilegales. Según el nivel de formación, la deserción se ubicó entre un 6% y un 11% en el 2009, cifra que superó la que manejaba el Gobierno para ese mismo año, que era del 5,15%.

El Ministerio de Educación asegura que el porcentaje bajó en el 2010 a 4,89% del total de la matrícula, estimada en nueve millones de estudiantes oficiales, de preescolar al último grado. Es decir que, el número de niños que abandonan estas aulas habría pasado, según cifras oficiales, de 409.000 en el 2009 a 379.000 en el 2010.

Los datos recopilados por la Defensoría se basan en encuestas aplicadas en el año 2010 en 33 entes territoriales, reportadas al Ministerio de Educación con información del 2009. Sostiene la Defensoría que, difícilmente las Secretarías de Educación consolidan con rapidez los datos del año anterior. Por tanto, para la Defensoría, mientras en el 2006 hubo una deserción del 5,3% en básica primaria, en el 2009 ese porcentaje subió al 9,2%. En secundaria pasó del 4,7% al 8,4%, y en la educación media, del 3,0% al 6,4% entre 2006 y 2009. En preescolar bajó, pues pasó del 12,2% al 11,6%. Los porcentajes de deserción escolar más altos se reportan en Arauca, Guainía, Guaviare, Magdalena y Vichada. Si se aplica este porcentaje promedio obtenido por el estudio al total de la matrícula, querría decir

que en el 2009 al menos 800.000 alumnos habrían abandonado el sistema escolar oficial.

Entre los factores principales del abandono escolar, el documento de la Defensoría cita el cambio de vivienda, dificultades de aprendizaje (por problemas de nutrición), desarrollo de actividades laborales a edad temprana, cuidado de hermanos menores, su estado de salud, víctimas del conflicto armado, discapacidad y el trabajo infantil, como uno de los aspectos más preocupantes. En Bogotá y en áreas rurales alejadas, la distancia entre la casa y el colegio sigue siendo una causa importante de deserción.

Por su parte, el Ministerio de Educación, con base la *Encuesta Nacional de Deserción Escolar (ENDE, 2010)*, afirma, con base en respuestas dadas por los estudiantes, que las principales causas de desvinculación son los problemas de pertinencia y movilización (desmotivación de los niños por el estudio, interés en la educación no-formal, pedagogías inadecuadas y poca flexibilidad en los horarios), también la distancia de los colegios y las dificultades académicas. En articulación con otros sectores, la deserción escolar se explica por cambios de domicilio del hogar, trabajo infantil, oficios del hogar, problemas económicos en las familias, maternidad-paternidad, situaciones de enfermedad y calamidades familiares (MEN, 2012)

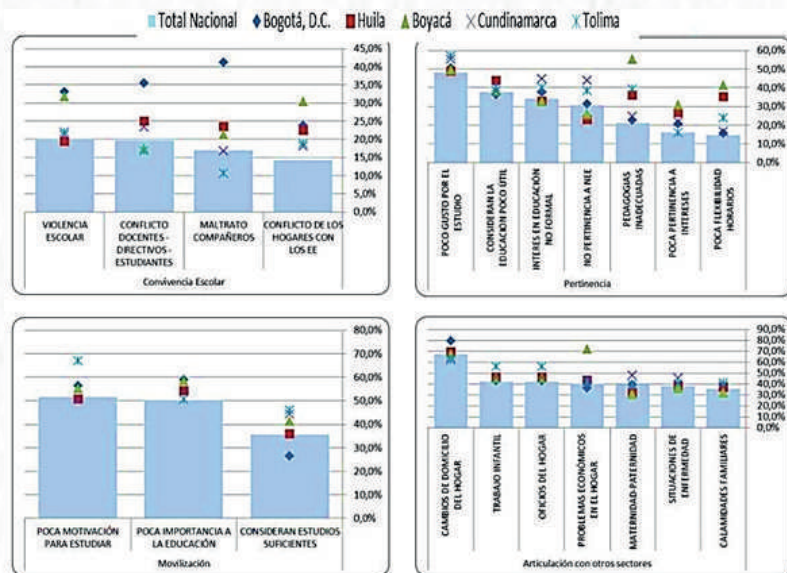


Gráfico I. Factores asociados a la deserción en Colombia, 2011 (MEN, 2012)

El estado de salud y las Necesidades Educativas Especiales son valoradas por el MEN como condiciones físicas asociadas a la dimensión personal que, junto a las dimensiones familiar, institucional y del contexto (educativo, económico y demográfico) se consideran son variables explicativas del fenómeno.

Si bien hasta el momento se han señalado problemáticas presentes en la población infantil y juvenil, en situación y condi-

ción de enfermedad referidas sobre todo a la deserción escolar, es de aclarar que esta no es la intencionalidad central del proyecto, sino una manera de apostarle a un trabajo educativo flexible que responda a las características de esta población y sobre todo a sus potencialidades, para generar a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) formas innovadoras de enseñar y de aprender. Se retoman estos datos porque son de los pocos estudios cuantitativos que se pudieron relacionar indirectamente con los niños y jóvenes enfermos, hospitalizados y en tratamiento.

La búsqueda sobre este tipo de información no muestra, por ejemplo, cuáles son los intereses de esta población ni otro tipo de necesidades, pareciendo ser la desescolarización y la deserción el problema principal.



Gráfico 2. Factores asociados a la deserción en Colombia, 2011 (MEN, 2012)

La pedagogía es un campo disciplinar y profesional donde se estudia, investiga, reflexiona, experimenta e influye sobre las múltiples configuraciones y modalidades de la educación, por tanto, la pedagogía también se encarga de la formación del sujeto, de sus procesos de socialización y no solo de la enseñanza de conocimientos específicos, pues es un medio para una educación integral y humanizante.

La *pedagogía hospitalaria* puede ser entendida como una pedagogía social, como parte de la educación especial y como una educación informal: la primera, porque se da en el entorno inmediato del niño (la casa y el hospital) y no sólo en

los ámbitos escolares; la segunda, como una pedagogía inclusiva que atiende la diversidad y las necesidades educativas especiales derivadas de las circunstancias de enfermedad, de hospitalización y tratamiento; y la tercera, porque según Doval (2002), intenta atenuar las desventajas educativas de los niños enfermos y convalecientes, aprovechando cualquier situación dolorosa para transformarla en una experiencia de aprendizaje significativa para la salud y para la vida.

La pedagogía hospitalaria se comprende como un campo de acción educativo interdisciplinar, clave para favorecer la formación integral dentro de los entornos hospitalarios y para que el proceso formativo siga su curso. Puede abordarse como un subcampo de la pedagogía, ya que tiene lugar en los hospitales, donde el pedagogo actúa como mediador para construir lugares simbólicos de reconocimiento del niño como sujeto a través de interacciones entre los mismos niños hospitalizados, sus familiares y/o acompañantes y con el personal del área de la salud. También opera en espacios domiciliarios y dentro de un circuito de onegés que prestan ayuda psicosocial y familiar, para que los niños y sus familias puedan alternar con las clínicas y hospitales pediátricos donde son atendidos.

La pedagogía hospitalaria no tiene forzosamente que enmarcarse en continuar los procesos educativos escolares característicos de la escuela tradicional, repitiendo prácticas y saberes descontextualizados de los escenarios actuales que tienen una alta densidad comunicativa, o perseverar en el disciplinamiento corporal y moral del sujeto para normalizar la poblaciones excluyendo su diferencia, o evaluando de forma permanente los paquetes de información memorizados y transmitidos bajo la guía y el saber del maestro y de los libros de texto que la mayoría de las veces se decanta como un aprendizaje funcional de la lecto-escritura distanciado de los otros sistemas de expresión, lenguajes y modos de representación.

En la medida que la pedagogía hospitalaria puede articular ámbitos diversos de la vida infantil y juvenil –hospital, casa, escuela, grupos de pares y medios y nuevas tecnologías-, su esfera de influencia va más allá de realizar acciones específicas dentro de las instituciones del sistema de salud.

Bajo esta concepción, un *aula hospitalaria* tampoco se circunscribe al espacio tradicional, puesto que pueden fungir como aulas, los pasillos y habitaciones del hospital, las casas de los niños y los ambientes virtuales, ya que un aula es un espacio simbólico, la metáfora de un espacio pedagógico, cuya variedad de situaciones, interacciones y recursos utilizados,

propician confrontaciones subjetivas en aras de la realización de procesos formativos y de la construcción de una *relación con el saber*.

Por tanto, la especificidad de la pedagogía hospitalaria no estriba en realizar labores educativas en los hospitales, ni en la atención de niños enfermos u hospitalizados sino, más bien, en rechazar todo tipo de pedagogías hostiles a la infancia, ya que es más productivo para el niño, para el propio maestro y para la educación en general, la construcción de **una pedagogía hospitalaria** de la infancia, entendiendo por infancia, las capacidades de imaginación y de creación de mundos posibles, en la medida que el concepto hegemónico de la infancia está circunscrito a una edad cronológica de la vida, idea que viene siendo criticada porque, en la condición sociocultural contemporánea, la infancia es un fenómeno múltiple, relativo y diverso, en gran medida debido a la diseminación de la revolución de los medios electrónicos y los procesos de la globalización neoliberal, que hace que tengan mucho más en común con los niños de otras culturas que con la infancia y la juventud que experimentaron sus padres o con las instituciones en que estos se socializaron.

Como analiza Buckingham (2002), esta idealización de lo infantil, a partir de la definición y el mantenimiento de la ca-

tegoría “infancia”, depende de la producción de dos tipos de discursos adultos: *sobre* la infancia y *para* los niños. Se trata de un régimen de representación útil para racionalizar y sostener las relaciones de poder entre las generaciones, que al demarcar la infancia como una fase distintiva de la vida, como historia (*chrónos*), fase preparatoria o figura de la incapacidad, la debilidad, la precariedad, la inferioridad y una supuesta presocialidad prelingüística, perfila unos atributos muy raramente producidos por los niños, para justificar su exclusión y protección de prácticas sociales distintas a las de ser hijo de familia o estudiante escolar pero, contradictoriamente gracias a la idea occidental iluminista y racionalista, como una etapa de la que deberíamos emanciparnos rápidamente para ser dueños de nosotros mismos.

Esta hostilidad conduce a una negación de la experiencia infantil que también puede ser pensada como un modo de ser relacionado con una duración no numerable ni sucesiva (*aión*), un modo más bien intensivo en que se puede experimentar el tiempo de vida, una subjetividad entendida en términos corporales y afectivos en donde se incrementan o decrecen, de manera imprevisible, la potencia y la fuerza vital, siendo condición de novedad, apertura, nacimiento y metamorfosis, donde cualquiera puede devenir-niño, sin importar su edad, sin necesidad de infantilizarse o tratando de recordar un

tiempo anterior, lo que convierte a la figura de la infancia en un modo político clave de la emancipación, en una capacidad ético-política de transformación del mundo actual (Kohan, 2004, 2005).

Sin naturalizar la capacidad innata para la comunicación y la manipulación de instrumentos técnicos, las experiencias de las *infancias contemporáneas* en el actual paisaje tecnocultural sí evidencian un flujo de mutaciones de la subjetividad, que desestabilizan la noción moderna de infancia e interrogan los discursos y prácticas de las instituciones modernas, las cuales han pretendido gobernarlos desde el siglo XVI, según los estudios desarrollados por Ariès (1987), sobre la conformación de los sentimientos socioculturales hacia la niñez.

Luego la pedagogía hospitalaria es un modo de reflexionar críticamente lo educativo y la escuela tradicional, así como las prácticas de poder-saber de los adultos sobre los niños, lo que implica que la apuesta *por una pedagogía hospitalaria de la infancia* no es sólo educativa, sino ético-política.

Tal utopía exige apartarnos de contribuir a la reproducción de los dispositivos de saber y poder con los que se construyó la institución escolar desde el siglo XVII en adelante, que consisten fundamentalmente en: a) una normalización de las dife-

rencias mediante prácticas de exclusión y clasificación de las anormalidades, b) prácticas de disciplinamiento curricular del pensamiento y del cuerpo de los sujetos para construir modelos comunicativo-educativos centrados en los saberes de las disciplinas, el poder omnímodo del maestro, el libro como eje tecno-pedagógico de la escuela, las escalas mentales de la edad propias del desarrollismo psicológico, y c) prácticas de examen permanente para sopesar los paquetes de información transmitidos, continuar el diagnóstico, clasificación e identificación de anormalidades y deficiencias en las poblaciones e ir preparando los sujetos para el trabajo y las instituciones disciplinarias y de control de la sociedad actual.

También, pensar la educación en términos de como conciben el mundo las teorías de complejidad, las apuestas interdisciplinarias y transdisciplinarias, la vitalización de los tiempos, espacios y relaciones con los sujetos, el desarrollo de espacios novedosos para la experiencia del niño, la niña y el joven para que puedan descubrir sus talentos, intereses vitales y pasiones a los que deberán dedicar sus vidas. También a generar espacios para la construcción del pensamiento colectivo entre pares y para reducir la brecha intergeneracional en aumento en la sociedad contemporánea. En el caso de los niños enfermos, hospitalizados y que padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles, para que ellos puedan reflexionar crítica y pro-

positivamente su *situación* (cortos periodos de internación) y *condición de enfermedad* (enfermedades crónicas con lenta evolución, largos periodos de hospitalización, discapacidades asociadas a sus problemas de salud, etc.).

En los ambientes hospitalarios que comúnmente son escenarios de dolor, miedo, enfermedades, procedimientos invasivos y muerte, donde se contienen los cuerpos que necesitan ser corregidos, normalizados y curados, se precisa de una pedagogía del *nacimiento*, del *comienzo*, prácticas de vitalización de los sujetos, de las relaciones sociales, de los espacios y de los tiempos, un trabajo pedagógico que enseñe al niño, al maestro, al acudiente y al personal del hospital, que el cultivo de las pasiones alegres es una forma de cuidado de sí, de potenciación, actividad, empoderamiento y reflexividad por sobre la tenacidad individual y colectiva con la que nos aferramos a las pasiones tristes, que nos arraigan en los imaginarios de fragmentación del cuerpo, de precariedad, miedo, desespero, tristeza, temor, muerte y destructividad. Creemos que por esta vía y no por la de la transmisión de información, la enseñanza de contenidos y la adquisición de competencias competitivas, se hace posible la construcción de una experiencia corpórea inolvidable que puede dinamizar una relación con el saber en el sujeto.

Se entiende por pedagogía domiciliaria aquella atención educativa que recibe el educando cuando después de padecer una enfermedad, sufrir un accidente o permanecer en tratamiento de una enfermedad crónica no transmisible, por prescripción facultativa, debe permanecer convaleciente en su domicilio familiar sin poder acudir a la institución educativa. El objetivo central consiste en implicar al niño, niña o joven, a la institución educativa, a las oenegés y a la familia en un proyecto global de atención educativa para su situación de convalecencia, utilizando todos los recursos posibles.

Son objetivos de este tipo de intervención educativa: asegurar la continuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje disminuyendo el retraso escolar y evitando el aislamiento del educando, mediante el establecimiento de un plan de trabajo acorde con su nivel escolar apoyado en TIC; establecer una coordinación eficaz con la institución educativa, facilitando la comunicación con profesores y sus compañeros de curso; estimular la participación y el compromiso familiar, implicándola para que colaboren proceso educativo de sus hijos o parientes; proveer recursos pedagógicos para aprovechar el tiempo libre; ayudar al niño a valorar su enfermedad y reducir la ansiedad que provoca mediante un apoyo emocional y social-comunicativo; contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del niño enfermo y convaleciente; llevar un registro

de los aprendizajes realizados y de las capacidades fortalecidas durante el periodo de la intervención educativa; realizar un seguimiento del estudiante en su institución educativa una vez transcurrido el periodo de convalecencia o rehabilitación.

Respecto del padecimiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus efectos de la internación hospitalaria se tuvo en cuenta que las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo, con una carga significativa en países en vías de desarrollo donde se estima que ocurren cerca de 80% de las muertes (Waxman, 2003).

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, para prevenir y controlar las ECNT se deben implementar intervenciones orientadas a reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo que comparten la mayoría de ellas. Estas mediaciones buscan reducir la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol, así como incrementar la realización de actividad física y el consumo de frutas y verduras. En cuanto a la actividad física existe evidencia definitiva y suficiente en términos de la efectividad de esta para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, hipertensión, osteoporosis y cáncer. Los cánceres en los cuales hay evidencia del papel protector de la actividad física son el cáncer de colon y el cáncer de mama.

Durante los últimos veinte años en Colombia las ECNT se han constituido en la principal carga de morbilidad y mortalidad. Investigadores del Instituto Nacional de Cancerología implementaron la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (EMSE) en 2007, en colegios públicos y privados de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Valledupar. La EMSE es una herramienta que permite contar con información sobre diversos aspectos de la salud en jóvenes, entre las que se encuentra la medición de actividad física para establecer líneas de base para programas de salud escolar, monitorear tendencias y comparar las prevalencias de factores de riesgo y protectores de las enfermedades crónicas entre ciudades y países. Los resultados mostraron bajos niveles de actividad física en los estudiantes de las cinco ciudades. Menos de 20% de los escolares entre 13 y 15 años realizan actividad física durante 60 minutos diarios al menos cinco días a la semana y solamente 15% realizan actividad física diaria durante 7 días de la semana. Estos hallazgos son similares a los obtenidos en las respectivas encuestas EMSE realizadas en otros países latinoamericanos como Chile, Ecuador y Argentina. También son parecidos a los obtenidos en otras encuestas en jóvenes escolarizados en Brasil. Los resultados presentados constituyen una línea de base muy importante para la toma de decisiones en el nivel local. En Bogotá, se ha estimado que un 5% de la mortalidad por enfermedades crónicas y un 2% de la mortalidad por todas las causas podrían

que precisan actividades de autocuidado, de manejo del tiempo libre, e incluso algunas patologías demandan el aprendizaje en la restricción de la ejecución de patrones de movimiento.

En general, en los niños, el padecimiento de una enfermedad y el ingreso a un centro hospitalario puede generarles ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social y en la interacción con el personal sanitario, problemas de adherencia al tratamiento, trastornos en el carácter o ciertos retrasos en el avance de su desarrollo cognitivo, tras el alejamiento de sus procesos escolares (Bordin, 2000). Por otra parte, vivir situaciones dolorosas de enfermedad o circunstancias de internación hospitalaria tiene fuertes repercusiones psicológicas sobre el niño y su entorno familiar (Sierra, 1999; Ajuria-guerra y Arana, 1990).

Los servicios de atención médica y de rehabilitación, por lo regular no pueden atender ni las necesidades educativas, ni el desgaste psicológico y emocional ocasionado por las situaciones de dolor, angustia y sufrimiento, ante el deterioro del cuerpo o por la vecindad con la muerte, como ocurre con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El personal médico y de enfermería no tiene el tiempo ni la preparación especializada para ofrecer alternativas de atención a las necesidades subjetivas padecidas por los niños por efecto de los

tratamientos y operaciones, o por los periodos, breves o largos, de reclusión hospitalaria que deben soportar niños, niñas y jóvenes enfermos, en compañía de sus familiares o allegados. En ese sentido, la calidad de la interacción comunicativa entre los profesionales médicos y de enfermería con el niño, contribuye a que el niño acompañado de su familia, pueda identificar algunos elementos que ayuden a construir una visión comprensiva de la situación, que le permita estabilizar sus emociones, conduciéndole a una mejor adaptación ante la experiencia de la hospitalización. Una comunicación efectiva con los pacientes permite fomentar una asistencia humana más personalizada que logra cercanía con el paciente, así como negociar y acordar, juntamente con el infante, los cuidados que debe seguir (Riopelle et al., 1993).

Para equiparar las necesidades de salud, protección y participación social de los niños desde la asistencia sanitaria, es necesario formular propuestas de investigación que contribuyan a mejorar las condiciones de atención hospitalaria y de salud de la población infantil y juvenil, encaminadas a promover la maduración psico-afectiva y social del niño, y el reconocimiento de sus derechos; asegurándoles el bienestar a través de la activación de estrategias asistenciales que busquen la disminución de riesgos y el mantenimiento de su calidad de vida (Castro, 2005).

prevenirse si la prevalencia de adultos inactivos físicamente se reduce (Piñeros y Pardo, 2010).

De manera específica, según el *Plan Nacional de Control del Cáncer, 2012-2020*, el cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, su carga creciente en el perfil de morbilidad y mortalidad de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para mitigar su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. Por eso se han establecido metas y acciones en el Plan de Desarrollo Nacional, en el Plan nacional de Salud Pública hasta el 2020. Respecto de las ECNT, se estima que el 70% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y las diabetes tipo 2, así como el 30% de los cánceres son prevenibles (OMS, 2005)

En niños, las principales localizaciones de cáncer son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas. Colombia continúa presentando altas tasas de mortalidad por leucemias pediátricas, pese a un leve descenso en los últimos años. Dentro de los problemas que se han visto asociados con la baja supervivencia de las leucemias pediátricas en nuestro medio, están las altas tasas de abandono y de traslados que presentan por problemas sociales y por la complejidad de los servicios de salud en el modelo actual de Colombia (MinSalud-MinProtección-INC, 2012).

Los marcos específicos de acción para el control del cáncer se basan en gran medida en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y también en la calidad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico y de desarrollo social negativos (MinSalud-MinProtección-INC, 2012).

Sin olvidar que los cánceres son enfermedades multifactoriales en su etiología, la proporción de muertes por cáncer atribuibles a factores de riesgo conocidos, muestra que entre el 30-35% es la dieta, 25-30% el tabaco, 15-20% las infecciones, 10-20% la obesidad, 10-15% otros factores y del 5-10% la historia familiar de cáncer.

Cualquier niño, niña o joven que padezca una enfermedad, puede necesitar de un proceso breve de hospitalización, pero hay problemas de salud como las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que no se resuelven espontáneamente, y rara vez alcanzan una cura completa, porque tienen una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible que requiere de hospitalizaciones frecuentes o prolongadas (de más de 2 semanas de internación), procedimientos clínicos continuos, tratamientos largos y costosos, y que conllevan una condición de enfermedad de larga duración con períodos de remisión y recurrencia, además generan consecuencias a largo plazo, tales como minusvalías físicas y mentales

Una investigación realizada en una Unidad de Cuidados Paliativos de un hospital en Barcelona mostró que los pacientes que decían no estar satisfechos con la comunicación que sostenían con su cuidador, mostraban mayores signos de depresión que los que sí estaban satisfechos, lo que apoya la idea de que la comunicación guarda relación directa con el bienestar (Rufino, et al., 2010).

También se ha demostrado que una escasa comunicación entre los cuidadores del niño y los profesionales de enfermería, redundan en una menor participación en los cuidados del niño, así como en dificultades para asimilar la información acerca de la administración de fármacos y de las prácticas de cuidado posteriores al egreso del hospital. Para el caso de los niños que deben experimentar pérdidas corporales, es indispensable un manejo del duelo anticipado, con el apoyo al interior de cada familia para la expresión comunicativa de sentimientos y la reflexión sobre el sentido de la vida, esto incrementa las posibilidades y habilidades de comunicación y permite amortiguar el impacto de la crisis postoperatoria (Rodríguez, et al., 2004).

González (2009) mostró la importancia de comprender e interpretar las experiencias y los saberes de los niños y niñas entre 6 y 12 años, en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátri-

cos, puesto que el cuidado y la comunicación están relacionados con el sufrimiento físico y emocional de los niños. Cuando se tiende a considerar a niñas y niños como sujetos pasivos, se subvalora y se desaprovecha su capacidad para entender lo que les pasa y expresarlo; para intercambiar ideas u opiniones sobre su bienestar, situación de salud y participación en su cuidado. También es muy importante que los padres y las familias no se mantengan en un plano secundario.

Gracias a la promulgación de los Derechos del Niño, con la Convención Internacional de 1989 y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU fijados en el año 2000, se considera que la atención sanitaria para la población infantil (y del binomio niño-familia), debería estar diseñada desde un movimiento cuyo origen y nexos sean los derechos de los niños. Lo que debería promover estrategias de educación en salud y de promoción y prevención, dentro de los servicios asistenciales, encaminadas a potenciar el rol protagónico del niño en el cuidado de su salud, tanto para la participación en toma de decisiones, como también en el derecho que tiene de recibir explicaciones e información clara, y a la confidencialidad (British Medical Association, 2001, citado por Noreña y Cibanal, 2008). En este sentido, la Convención, en su artículo 12, resalta el derecho a que el niño pueda expresar su opinión en todos los asuntos que lo afectan y que ésta sea tomada en cuenta, en función de su edad y condición de madurez.

En la situación de salud en la ciudad de Bogotá, en la última década se han logrado avances en indicadores de salud como en la mortalidad evitable, la discapacidad y en las causas de muerte; sin embargo, siguen prevaleciendo, enfermedades no transmisibles, transmisibles y las lesiones.

Según el *Plan territorial de salud de Bogotá* (SDS, 2012), en el 2010 Bogotá fue la ciudad más poblada del país con un total de 7.363.782 habitantes. De ellos 7.347.795 [99,8%] habitan el área metropolitana con una densidad poblacional de un aproximado de 4.146 habitantes por kilómetro cuadrado; la proporción por sexo muestra a las mujeres con el 52,2% y el 47,8% de hombres; la mediana de edad se incrementó, ya que en el año 2005 era de 27,6 y pasó a 29,6 en el 2010; y se proyecta que para el 2015 sea de 31,4, esto refleja la estructura una sociedad madura. La población menor de 15 años representa el 15% del total, mientras que los mayores de 65 años son el 6,3%. De acuerdo con las proyecciones del Censo Nacional de 2005 realizado por el DANE, para el año 2010 la población mayor de 15 años se habrá incrementado en un 11,2% comparado con el año 2005.



Fuente: DANE - Dirección de Salud Pública y Dirección de Planeación y Sistemas.

Desde el punto de vista del crecimiento poblacional, se estima que por cada 1.000 habitantes habrá 15,9 nacimientos y 4,5 defunciones, dado que los nacimientos superan a las muertes, la tasa de crecimiento natural toma un valor alto indicando que la población aumentará en los próximos 8 años en un 11,4%. Según la agrupación de causas de mortalidad, la mayor parte de las muertes en Bogotá ocurren por enfermedades del sistema circulatorio (cerca de un tercio del total de la mortalidad) siendo las neoplasias el segundo grupo que más muertes genera.

Mortalidad perinatal		Mortalidad por 1 000 nacidos vivos																						
2010		18,1	14,3	16,8	11,8	15,3	20,6	14,3	18,9	15,7	22,8	16,5	17,4	14,4	17,8	25,4	25,3	18,4	18,2	17,3	14,9	8,0	0,0	
Mortalidad infantil		Mortalidad por 1 000 nacidos vivos																						
2010		11,7	7,3	3,7	11,8	11,5	16,3	16,1	11,2	18,9	11,4	10,1	11,8	14,9	13	12,4	16,8	7,8	12,4	11,9	10,1	8,0	0,0	
Mortalidad en menores de cinco años		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		24,8	17,4	17,9	18,0	26,2	26,7	23,3	26,3	27,3	22,9	16,7	23,7	23,2	16,4	6	22,3	21,7	30,4	27,8	23,6	17,3	0,0	
Mortalidad por neumonía en menores de cinco años		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		14,0	6,8	5,5	11,1	16,3	16,4	6,1	16,2	10,4	8,0	8,4	17,2	7,9	0,0	0,0	0,0	1,6	6,0	1,6	1,0	0,0	0,0	
Mortalidad por EDA en menores de cinco años		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		1,8	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mortalidad por diarrea/infección en menores de cinco años		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		8,8	8,0	8,0	8,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mortalidad por enfermedades crónicas																								
Mortalidad por EPOC		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		19,9	19,9	21,6	15	16	16,8	25,2	13,9	13,7	18,5	21,7	16,4	36,4	22,7	25,7	24,3	25,2	28,8	23,8	14,9	0,0	0,0	
Mortalidad por diabetes		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		18,9	8,8	13,0	16,8	8,0	13,4	9,7	10,0	8,9	13,0	8,1	5,2	11,2	6	14,8	17,0	10,8	14,8	7,8	0,0	0,0	0,0	
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		190,7	112,1	111	160	118,9	72,4	113,7	80,4	90,9	110,5	81,4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Mortalidad por infarto agudo de miocardio		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		28,9	41,3	48,9	48,4	48,3	37,2	35,1	24,1	30,8	36,1	38,4	31,8	41,9	36,9	40,9	45,7	45,7	45,2	36,0	0	0	0	
Mortalidad por enfermedad cerebrovascular del corazón		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		4,7	6,7	6,1	3,2	3,1	4,5	4,0	3,7	4,8	3,8	6,5	6,0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
Mortalidad por enfermedad coronaria		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		3,8	3,8	3,1	2,7	3,2	1,7	3,5	3,1	3,2	2,7	3,8	3,6	4,9	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	
Mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		3,8	3,2	3,1	4,8	2,4	2,0	4,8	3,6	3,0	3,1	4,3	3,7	3,3	4,2	3	3,7	7,0	4,2	4,9	1,8	0,0	0,0	
Mortalidad por enfermedad de la vía respiratoria		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		6,0	3,4	8,8	6,1	4,8	8,9	5,8	6,8	5,5	6,8	7,8	7,8	11	11	8,2	6,8	6,0	9,5	3,7	0,0	0,0	0,0	
Mortalidad por cáncer		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		86,3	101,7	101,3	81,9	81,8	87,6	62,2	102	83,0	86,0	77,8	76,5	100,0	100,0	71,2	100	100	100	100	100	100	100	
Mortalidad por cáncer de cuello uterino		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		6,2	5,2	2,8	11,8	7,1	4,5	11,7	6,1	5,7	8,3	5,1	4,1	6,7	3,9	6	5,4	8,5	6,0	4,5	8,5	8,5	8,5	
Mortalidad por cáncer de la mama		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		11,5	14,9	14,9	14,8	8,8	6,8	7,8	7,8	12,1	11,7	12,7	11,8	6	6	12,3	12,6	8,0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	
Mortalidad por cáncer gástrico		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		10,4	10,3	10,4	10	14,8	8,3	13,4	8,3	6,5	12,4	8,6	11,4	14,7	5,8	14,4	8,3	10,8	8,3	12,2	8,4	8,4	8,4	
Mortalidad por cáncer prostático		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		9,9	11,1	14,4	11,2	6,4	10	6,4	8,7	7,7	7,1	7,1	10,8	14,5	10	12,7	13,8	11,4	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	
Mortalidad por cáncer de la próstata, los testículos y el páncreas		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		6,2	6,7	11	5,7	5,7	3,7	6,4	12	5,0	8,3	8,5	6,7	7,3	6,2	4,1	8,1	8,5	8,9	4,0	7,8	8,4	8,4	
Mortalidad por causas externas																								
Mortalidad por todos las causas externas		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		45,8	28,6	38,2	44,4	38,5	30,1	36,4	30,8	34,2	29,7	28,8	38,8	37,2	38,7	35,3	34,8	47,7	55,3	32,4	32,4	32,4	32,4	
Mortalidad por lesiones de transporte		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		9,3	7,2	9,2	10,8	11,9	8,0	7,9	7,4	8,1	8,8	6,0	7,5	4,8	10,4	14,4	6,4	7,4	4,2	7,9	8,7	8,7	8,7	
Mortalidad por lesiones violentas		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		3,7	2,8	4,0	6,4	3,9	4,0	4,5	3,2	3,4	4,2	2,3	2,7	2,2	3,3	2,1	6,9	4,2	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	
Mortalidad por accidentes		Mortalidad por 100 000 nacidos vivos																						
2010		21,3	4,4	13,1	16	20,0	18,8	17,3	16,4	17,7	18,9	11,4	11,5	5,6	12,5	6	9,3	13,8	21,1	22,0	28,4	28,4	28,4	
Matriconsumos complejos																								
Mortalidad por malnutrición		Mortalidad por 1 000 nacidos vivos																						
2010		3,8	1,8	1,8	2,2	2,4	3,9	2,3	2,3	2,4	3,5	5,1	3,1	2,9	4,4	2,3	2,3	2,0	6,0	3,8	3,7	0,0	0,0	

Gráfico 4. Causas de muerte por localidades en la ciudad de Bogotá.

Los Registros de Información de Prestación de Servicios de Salud [RIPSS] que reportan las Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud y que referencian

sólo a la población no asegurada, señalan que, en el 2009, la primera causa de muerte en los niños y niñas entre 5 y 14 años fueron los accidentes de transporte terrestre; seguido por las leucemias y las enfermedades del sistema nervioso. Por su parte, entre los 15 y los 44 años, la mayor causa de muerte fueron los homicidios. Y según los indicadores de morbilidad y deterioro de la salud del 2010, las enfermedades más comunes son, en su orden: la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), el sarampión, la rubeola y la varicela, la parotiditis y los accidentes domésticos.

Por etapas del ciclo vital, los indicadores de salud en la infancia y la juventud muestran que los principales problemas corresponden al sobrepeso y obesidad en menores de 10 a 17 años, los nacimientos en adolescentes, la desnutrición crónica en menores de 4 años, el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años, la prevalencia del bajo peso al nacer y la desnutrición crónica en niños de 5 a 9 años.

Aunque es notoria la disminución de las enfermedades transmisibles, nutricionales, materno perinatales, y por causas externas, el mayor peso de la carga está representado por las ECNT, tales como las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las metabólicas, respiratorias crónicas, las autoinmunes, neurológicas y algunas digestivas. Las tres pri-

meras categorías aportan 53% del problema en Bogotá. Por la frecuencia relativa a la población, el riesgo de mortalidad está encabezado por las enfermedades cardiovasculares y por los tumores malignos.

Según los diagnósticos de enfermedades crónicas en menores de 18 años, sobre todo de los estratos 3 y 4, en el año 2011, un total de 7.127 personas padecían tumores malignos; 10.695 epilepsia, 22.727 trastornos de la conducta y 11.306 trastornos mentales.

El porcentaje de hospitalizaciones evitables por las condiciones crónicas fue del 42%; los costos totales y atribuibles por atención de estas personas corresponden al 0,7% del PIB del país. Este porcentaje incluye el exceso de hospitalizaciones de alta complejidad por condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas. Hay una alta carga económica familiar y social en las familias con este tipo de personas, así como una baja oportunidad de participación de estas personas en diversos escenarios comunitarios, junto a una baja percepción personal, familiar, social e institucional de este problema.

En cuanto a los egresos de los servicios de hospitalización pediátricos en el 2011, se reportaron un total de 46.028 (General Niños, Pediatría, Unidad de Cuidado Básico Neonatal). Existe un

déficit de camas en el Servicio de Hospitalización, en todos los servicios de los Hospitales de III Nivel, excepto en los Servicios de Cuidado Intensivo Adulto, Cuidado Intensivo de Quemados, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico y Cuidado Intermedio Neonatal. En los primeros niveles de atención, la utilización de las camas para población general de adultos, niños y obstétricas no supera el 50%.

El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias psicoactivas en el 2011 fue el de 18 a 24 años, con cerca de 7%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,7%; y el grupo de 12 a 17 años, con 3,5%. Según las proyecciones del Censo Nacional de 2005 del DANE, el 5% de la población de Bogotá presentó condición de discapacidad, lo que corresponde a aproximadamente a 378.567 personas. Se han logrado caracterizar 185.447 personas con discapacidad en todo el Distrito Capital hasta el año 2011, llegando al 48% de la población estimada.

Desarrollos y discusión crítica de los resultados

El objetivo principal del proyecto consistió en “propiciar mediaciones comunicativas que permitan la atención educativa para niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad y, especialmente, con quienes padecen ECNT, involucrando sus

familias a través de una modalidad flexible de educación, apoyada en tecnologías de la información y la comunicación, en una muestra de instituciones de salud en Bogotá” (Grupo de Investigación en Pedagogía Hospitalaria, 2014).

El proyecto desarrollado entre 2014 y 2015, se enfocó en la población infantil y juvenil que padece Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), conocidas como “enfermedades de la civilización” que, desde 1950, se empezaron a correlacionar con dietas específicas insalubres, pero también con consumos de tabaco, de alcohol y con la inactividad física y como la principal causa de muerte en el mundo y en los países en vías de desarrollo. Aunque estas enfermedades son prevenibles, no son producto de infecciones sino de hábitos o estilos de vida poco saludables, por lo que la Organización Mundial de la Salud (2005) los considera factores de riesgo a prevenir y controlar debido a que muestran tendencias crecientes en niños y jóvenes.

La preocupación por atender educativamente esta población surgió de observar tiempos distintos de permanencia hospitalaria en la población de niños y jóvenes¹⁵, lo que permitía o dificultaba la continuidad de las acciones educativas, pudiendo aplicarse un enfoque de trabajo más flexible en las planeaciones que se desarrollan con una población de mayor estancia, porque los contenidos temáticos pueden incluir los intereses y las necesidades, la continuidad permite más participación y facilita un mejor reconocimiento subjetivo personal y familiar. Además, como el Hospital de la Misericordia cubre diferentes servicios con especialidades médicas para la atención de niños de 0 a 18 años con patologías complejas que requieren de tratamiento médico de cuarto nivel, resultaba ser un laboratorio socioeducativo porque alberga una gran diversidad sociocultural, debido a la remisión local y regional de pacientes con enfermedades de alta complejidad procedentes de zonas urbanas y rurales que, provienen de condiciones de pobreza o marginalidad social o de situaciones de desplazamiento forzado por el conflicto armado. Algunos de estos pacientes con enfermedades crónicas desarrollan unos procesos transicionales desde sus espacios de vida familiares hacia los ambientes sanitarios, y por un circuito de instituciones para-hospi-

talarias conformado por fundaciones, albergues y hogares de paso, hasta cuando terminan sus procesos de rehabilitación y regresan finalmente a sus hogares y centros de formación. Por tanto, se concibió esta iniciativa como una modalidad de investigación e innovación socioeducativa, pensando en que sus procesos y actividades sirvieran para pilotear una modalidad educativa flexible más pertinente a las necesidades de estas personas. El proceso exigió un sistema de documentación, sistematización y seguimiento cuidadoso para identificar factores claves para sopesar las posibilidades de transferencia futura de estas prácticas a los contextos de otras instituciones, sin dar por descontadas esas otras condiciones, contextos y necesidades, singulares y/o excepcionales.

Desde una perspectiva cualitativa, se pretendía comprender e interpretar los significados y valoraciones suscitados por la estrategia educativa en las personas implicadas (docentes, niños y jóvenes, padres de familia), así como el conocimiento producido durante el proceso de formación-investigación, lo que implicó un proceso crítico-reflexivo para todos los actores involucrados en el proyecto. *Alianzas interinstitucionales.* Para el desarrollo del proyecto,

¹⁵ En términos de los periodos de internación hospitalaria, los pacientes pueden ser clasificados como de corta, mediana o de larga permanencia. En las prácticas educativas en hospitales, nuestro grupo de investigación empezó a clasificar como "niños en situación de enfermedad" a quienes presentaban cortos periodos de hospitalización y "niños en condición de enfermedad" a quienes padecían enfermedades crónicas de lenta evolución, con medianos y largos periodos de hospitalización e incluso con discapacidades asociadas a sus problemas de salud.

se exploraron alianzas estratégicas con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS); Ecopetrol; la Fundación de Ayuda a Niños y Niñas con Cáncer (Fundancer); One Laptop Per Child (OLPC-Colombia); Fundación HOMI, Fundación Sanar; Fundación Colombiana de Apoyo al Reumático (Fundare) y con la Corporación de Pedagogía Hospitalaria y Domiciliaria apoyada en TIC (PHAD).

Recurrimos a la *Fundación One Laptop Per Child*¹⁶ ya que conciben los ambientes no convencionales (o extra- curriculares) como los más productivos para el aprendizaje y porque más allá del manejo de dispositivos tecnológicos y las comunicaciones tienen presente la cuestión de la inteligencia y la creatividad infantil y juvenil, nos aclararon que Colombia no había pensado en programas de alfabetización mediática como sí los venían desarrollando otros países de Suramérica, no logramos un contacto con la *Asociación de Fundaciones Empresariales, AFE Colombia* quienes trabajan con la perspectiva de la Responsabilidad Social

Empresarial, para examinar con OLPC, aquellas que tenían un cubrimiento en los campos de la salud y la educación. También nos acercamos a la *Fundación Educar en Valores Humanos Prema* que en ese momento estaba asociada con la Fundación Telefónica para habilitar un Centro Lúdico o el Aula Hospitalaria en el Hospital Los Ángeles de Pasto, pero, aunque se encontró que podríamos establecer una alianza alrededor de nuestro proyecto, no tenían en ese momentos sistematizadas sus propuestas. Sin respuesta, también acudimos al programa *Computadores para Educar del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones*. Averiguamos sobre una posible dotación de computadores con la Fundación Telefónica, pero esta empresa de telecomunicaciones desde 2010 encaminó todos sus esfuerzos sobre el uso de computadores y sistemas de comunicación hacia la consolidación del portal educativo “Aula 365” y del modelo pedagógico *edutainment & gamification* (entretenimiento diseñado para educar y divertir junto a la aplicación de mecánicas de juego, en contextos y entornos distintos a los juegos).

¹⁶ Un programa tiene en cuenta los desarrollos del psicólogo, investigador y profesor de la Universidad de Harvard, Howard Gardner, conocido en el ámbito científico por sus investigaciones en el análisis de las capacidades cognitivas y por haber formulado la teoría de las inteligencias múltiples. También las investigaciones de Seymour Paper, quien trabajó con Jean Piaget en la Universidad de Ginebra desde 1959 hasta 1963. Paper desarrolló el construccionismo como teoría del aprendizaje que forma parte de las pedagogías activas. En 2005, en el Foro Económico Mundial realizado en Davos, Seymour Papert, Nicholas Negroponte y Alan Kay lanzaron la iniciativa One Laptop Per Child, como proyecto facilitador para poner en práctica el aprendizaje constructivista en los países en desarrollo. El objetivo es proporcionar un ordenador portátil de bajo costo (cien dólares) a cada niño del mundo en desarrollo. OLPC en Colombia fue implementado a partir de recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de la Fundación Pies Descalzos.

También le presentamos a la Fundación HOMI una síntesis del proyecto y un plan de trabajo de nuestras cuatro pedagogas hospitalarias, articulado con las prácticas pedagógicas. De intermedio, tanto a la Gerencia de investigación como a la Gerencia de docencia-servicio e investigación, les interesó la propuesta porque se trataba de una apuesta interdisciplinaria, y porque incluía un trabajo concertado desde varios programas de la Unimonserate; aunque se aprobó el plan de trabajo para el proceso de caracterización, a través de la metodología de historias de vida a fin de diseñar e implementar un modo de trabajo educativo interdisciplinar apoyado en TIC, decidimos no realizar el proyecto con este hospital debido a las complejas exigencias que conllevaron las disposiciones sobre la relación docencia-servicio y la acreditación y certificación de calidad en salud ¹⁷ para nuestras prácticas pedagógicas, pero también, porque no se podría contar con un acceso al servicio de Internet del hospital para un trabajo apoyado en plataformas educativas con algunos de los computadores portátiles que se lograron conseguir.

Pese a la planeación y a la gestión institucional desarrollada, tampoco se formalizaron convenios interinstitucionales con la Fundación Sanar, la Clínica Jorge Piñeros Corpas de Salud-

Coop, la Clínica de Marly y la Clínica Infantil Colsubsidio para realizar la primera etapa de caracterización poblacional, debido a la crisis que enfrentaba en ese entonces el sector de la salud, principalmente en los hospitales pediátricos, como cierta iliquidez de las EPS y la intervención de SaludCoop.

Reorientación del proyecto. Sin embargo, la evaluación sobre este ejercicio nos permitió concluir que estábamos frente a un escenario cambiante de condiciones de posibilidad de los hospitales pediátricos, como de las prácticas pedagógicas en la Fundación HOMI y dentro de nuestra propia universidad, por lo que el objetivo del estudio resultaba impracticable pero, que la cuestión central no estribaba en el acceso a tablets o computadores, o en asegurar la navegación por Internet para trabajar con plataformas educativas o con los innumerables recursos educativos disponibles en línea, sino en determinar cuál es nuestra apuesta educativa identificando cuáles han sido los dispositivos propios (las *mediaciones* comunicativo-educativas) que hemos podido construir como equipo de investigación a lo largo de estos años, incluso con la consultoría que desarrollamos por este mismo periodo para la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI).

¹⁷ La Fundación HOMI obtuvo el reconocimiento de "Institución Acreditada en Salud" el 10 de mayo de 2018 de parte del ICONTEC.

Así que, reorientamos el proyecto preguntándonos ¿Qué *dispositivos* y *tecnologías* ha desarrollado el equipo de investigación en pedagogía hospitalaria de la Unimonserate entre 2011 y 2015, que puedan ser útiles para identificar saberes, poderes y subjetividades en niños, niñas y jóvenes que padecen Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)?

Didáctica. No es posible comprender la didáctica en general, si no se identifican los contextos de producción de conocimiento de las tradiciones pedagógicas escandinava, francófona, alemana y anglosajona sobre la enseñanza, las transformaciones históricas que han tenido y sus respectivas influencias actuales.

Hoy se plantea, desde una didáctica normativa (reflexión metateórica de los modelos didácticos), pasando por didácticas específicas de saberes concretos y metódicas, hasta una investigación sobre la actividad y situación de la enseñanza (*teaching research*) que contemporáneamente buscó desarrollar investigaciones más empíricas que teórico-especulativas sobre estudios curriculares profesionalizantes y pragmático-organizativos signados sobre todo por la supervisión de las instituciones educativas, pero que paulatinamente se abrió a investigar las prácticas de enseñanza (Runge, 2018).

La didáctica es un subcampo de estudio de la pedagogía. Con su *Didáctica Magna*, Comenio (1632) ligó “lo educativo” y “lo didáctico” como consecuencia de su visión de mundo teológica, filosófica, antropológica y pedagógica, así que su teoría pedagógica enfocada hacia la didáctica y la escuela es inseparable de sus ideas metafísicas pansóficas, luego es erróneo asimilar este pensador de manera exclusiva como un didacta y metodólogo, ya que él relacionaba el crecimiento, desarrollo y formación de lo humano con contenidos educativos pertinentes aportados por la escuela y la didáctica, como modo de enseñar todo a todos, de manera íntegra y continuada durante toda la vida. De su postura metafísico-teológica, se deriva una antropología, con una teoría del niño y del aprendizaje con la que fundamentó el método de enseñar como arte de un saber qué y un saber cómo (didáctica) que, al imitar a lo natural, sigue o asemeja el orden dado de las cosas como Dios lo ha predispuesto (cosmología) (Runge, 2012).

Desde la preocupación de Comenio por dilucidar el arte de la enseñanza, se dio importancia a una *sucesión organizada a través el tiempo*, que hipotéticamente dará origen a dos tradiciones pedagógicas: por un lado, en cuestiones referidas sobre cómo *secuenciar el acto complejo de la enseñanza* (estudios sobre la didáctica) a partir de organizar, disponer y llevar a cabo la situación y el acto de enseñar con contenidos

pertinentes para que el acceso al conocimiento sea propicio al crecimiento, desarrollo y formación (preocupación relevante para el contexto europeo) y, por otro, *cómo secuenciar los contenidos* (estudios sobre el currículo), cómo estructurarlos, organizarlos y presentarlos en las actividades de enseñanza (incluido su aprendizaje), preocupación relevante para el contexto anglosajón (Runge, 2013, pp. 202-203).

La enseñanza puede entenderse como un tipo de educación o de prácticas educativas intergeneracionales que abarcan el cuidado, el acogimiento y el ingreso en la cultura adulta, es un proceso consustancial a lo humano que resultó problematizado con la Modernidad para que situaciones potencialmente educativas cobren una *intencionalidad* con una *planeación racional secuenciada en el tiempo en contextos sociales instituidos donde circulen ciertos saberes transmitidos por métodos, medios y sentidos* de educar, lo que supone argumentos sobre por qué son un conocimiento válido y legítimo, para qué determinados saberes en contextos de enseñanza como *son los medios sociales situados* y dando cuenta de los *resultados* de todo ese proceso.

Por tanto, hay diferentes didácticas y maneras de concebir la enseñanza que inevitablemente llevan a elegir determinados paradigmas epistemológicos y orientaciones teórico-discipli-

nares que subyacen a los modelos didácticos y de las prácticas de enseñanza desarrolladas *in situ*, puesto que la didáctica no se circunscribe sólo a los contenidos, a las metódicas, a las didácticas de las disciplinas, a la evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje, o a los problemas del aprendizaje “del estudiante”.

Lo que Deleuze (2014) mostró desde su perspectiva crítica es que, esa *subdivisión y ordenamiento del tiempo* (programando los actos y descomponiendo los gestos en función del tiempo cronológico), está relacionada con una *repartición del espacio* (acciones de encerrar, cuadrricular, ordenar, seriar) y con maneras particulares de *componer fuerzas en el espacio-tiempo* hasta producir lo “útil” y la “normalización”, que es característica y central en las instituciones disciplinarias; pero que no obra mediante la ideología o la represión, sino como lo propuso Foucault desde su concepción del poder, lo hace induciendo, suscitando, combinando “materias formadas” por la forma-escuela, por la forma-hospital, por la forma-prisión, por la forma-fábrica, por la forma-ejército. Esa materias formadas, educadas, curadas, penalizadas, trabajadas, entrenadas por artes de saber-poder, expertas en formalizar funciones, producen *modos de subjetivación* “impuestas a una multiplicidad humana cualquiera” (p. 78), sin que esto implique desconocer las posibilidades de resistir a tales dispositivos de saber-poder

en todas las trayectorias vitales que soportan los sujetos, desde edades, espacios, saberes, poderes y experiencias.

Las preocupaciones por la didáctica, enfocadas por el contexto anglosajón hacia el currículo como campo de estudio e investigación, no constituyen meramente un problema académico, sino una preocupación administrativa por el control de la enseñanza en las instituciones y por un afán sociopolítico por resolver las necesidades y problemas educativos del país, ligadas a la construcción y expansión de modelos educativos masivos para la educación básica, lo que durante los años 60 se presentó como sinónimo de la “tecnología educativa” o la enseñanza instruccional, luego como actividades estructuradas y planificadas (Decreto 1419/1978), o como producto de un proceso (Plan de Estudios para la Educación Básica, 1990). Estas políticas fueron influenciadas por los discursos de modernización, racionalización, productividad, competitividad y eficiencia.

La reforma educativa de 1975, denominada Renovación Curricular, produjo los lineamientos curriculares y los estándares curriculares para las áreas obligatorias y fundamentales definidas por la Ley General de Educación en su artículo 23. Y, desde mediados de la década de los noventa, con las exigencias del modelo de globalización cultural y de apertura económica,

se impuso desde la OCDE, el Banco Mundial, el MEN, el ICFES, la SED y la Universidad Nacional el discurso de la evaluación de la calidad de la educación desde un enfoque por competencias, articulado a la idea de evaluar grandes conjuntos de poblaciones, incluso entre países, hasta instalar una cultura generalizada de la evaluación permanente de la acción educativa en función de los conceptos empresariales de calidad, evaluación y acreditación, mediante parámetros de eficiencia, eficacia y competitividad de la relación “proceso-producto/servicio”, referidos a estándares internacionales de la gestión de la calidad. En últimas, fueron reformas educativas que desde finales de la década de los 80 se encaminaron a debilitar y desmontar la capacidad ciudadana para el control democrático de las decisiones importantes del sector educativo, el derecho a la educación, los precarios Estados de bienestar, la autonomía universitaria y los sistemas nacionales de evaluación.

Este prolífico instrumental de la evaluación forma parte de los dispositivos disciplinarios para modificar y encauzar la conducta individual y colectiva, al tiempo que produce objetos de saber, que se articulan, según Foucault (2002), alrededor de las técnicas de la inspección jerárquica como medio para vigilar el espacio exterior y permitir un control interno intenso y continuo, la sanción normalizadora para regular las faltas relativas al incumplimiento de una tarea o de una norma de conducta,

lo que amerita acciones de corrección, castigo-recompensa, como de clasificación para los controlados y los controladores, y de jerarquización mediante rangos. Pero sobre todo mediante el ejercicio del examen que combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza, porque: a) de ser invisible en las instituciones, se convierte en “normal” en todas las acciones; b) introduce a los individuos y poblaciones en un campo documental, una red escritural con métodos de identificación, señalización o descripción que posibilitan; c) la construcción de “casos” a partir de caracterizar o diagnosticar, clasificar, categorizar, medir y fijar normas y normalizaciones, productores de “especialistas” en pedagogía, psiquiatría y medicina clínica. De allí derivan métodos hermenéuticos de conocer lo que hay que modificar y reestructurar, así como rituales de verdad que atemorizan al sujeto tras conocer su cuerpo y su alma, fabricando cuerpos dóciles y un proceso de subjetivación que desidentifica y desclasifica su potencial libertario en función de volverlo “útil”.

Así que, es posible afirmar que detrás de las teorías y enfoques que pretenden regular, monitorear y evaluar, las prácticas docentes no tienen la fuerza de la verdad ni sobre todo una racionalidad pedagógica o didáctica, sino que son prácticas discursivas de saber que podrían eventualmente constituir o no una condición científica, cuyos efectos de poder son “formar”

o “producir” practicantes profesionales de tales prácticas, que apropien saberes discursivos (un saber decir) y prescriptivos (un saber cómo hacer), asentado en técnicas de transformación de los otros y de sus ambientes. Porque, como afirma Foucault (1996), “no hay relación de poder sin constitución relativa de un campo de saber, ni saber que no presuponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de poder”. Los saberes producidos en contextos histórico-sociales específicos desarrollan entonces modos de producción, socialización, apropiación y adquisición que se presentan como diversos y múltiples, siendo sobre todo rivales, ya que dan forma y contribuyen a los conflictos político-sociales porque su “proyecto” es convertirse en saberes dominantes unificadores de los demás (Beillerot, 1998, pp. 22, 24, 27)

Sin embargo, también proliferaron contradiscursos y contraprácticas como las que en su momento agenciaron el movimiento de Escuela Nueva y las “pedagogías activas”, la Educación Popular y la Teología de la Liberación en los 70 y 80, el Movimiento Pedagógico en los años 80, la Etnoeducación en los 80 y 90, y las teorías pedagógicas de la resistencia de los años 90 de Michael Apple, Estanislao Zuleta, Peter McLaren y Henry Giroux, entre otros y, contemporáneamente, un uso educativo crítico de filósofos de la diferencia (Nietzsche, Foucault, Derrida, Lyotard, Deleuze, Lazzarato, Grupo de Historia

de la Práctica Pedagógica en Colombia), el feminismo y la decolonialidad.

Desde este ejercicio de explicitación de nuestra filiación didáctica, encontramos un alinderamiento hacia un conjunto de perspectivas epistemológicas y pedagógicas de carácter crítico respecto de las instituciones disciplinarias y de la actual sociedad del control que, durante la década del 2000 consistían en intervenciones pedagógicas muy breves en los servicios del hospital, enfocadas a producir y reflexionar un cierto acto pedagógico, con posibilidades de romper la idea de la escuela como condición de aprendizaje desarrollada mediante un tiempo largo y permanente. En la consultoría con la Fundación Telefónica (2008-2009), la propuesta pedagógica de formación de los pedagogos para las Aulas Hospitalarias se señalaron las posibilidades del movimiento de Escuela Nueva o Escuela Activa y del método por proyectos (Dewey, Kilpatrick, Luzuriaga, Jolibert, Díez Navarro) para el trabajo con los “niños en situación” de enfermedad y del modelo Escuela Nueva para escuelas multigrado (Colbert, Levinger y Mogollón) para el trabajo con los “niños en condición” crónica de salud. Entre 2008 y 2012, desde la propuesta pragmática de la pedagogía por proyectos trabajamos en el Hospital de la Misericordia propuestas sobre: Comunicación-educación (uso de medios y mediaciones culturales), Estética (campo de la formación artística, la expresión y

la expresividad intelectual y emocional), Saberes (como modo de acercarnos a la construcción de un pensamiento científico), Cultura y sociedad (relacionado con las perspectivas disciplinares o los problemas abordados por las ciencias humanas y las ciencias sociales) y Educación-salud (una forma de fomentar una reflexividad y una actividad ética encaminadas al cultivo cotidiano de una armonía consigo mismo, con la naturaleza y con la sociedad). Así mismo, entre 2005 y 2010, desarrollamos una perspectiva sobre la pedagogía hospitalaria, entendiéndola como un campo múltiple de prácticas intelectuales (Bourdieu, Wacquant, Bernstein, Díaz Villa), concepto que permitió elaborar una cartografía sobre tendencias de la pedagogía hospitalaria, que se orientaban hacia perspectivas adultocéntricas y centradas en la formalidad de la educación tradicional versus otros enfoques más empoderantes de las nuevas generaciones y centrados en educaciones no formales.

Dispositivo. Se debe a Foucault (1996) la difusión de este término, luego de que la empleara en sus análisis sobre los “dispositivos disciplinarios” (1975) y los “dispositivos de la sexualidad” (1976), como forma de estudiar las relaciones entre saber y poder. Pero como Foucault esquivó constituir un discurso sistemático y proliferan los significados del término, no puede alcanzarse una definición unitaria y normativa al respecto (Moro, 2003).

Un tipo de dispositivo del que Foucault partió en 1969 fue la épistémè, descrita como “el conjunto de relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias, cuando se las analiza a nivel de sus regularidades discursivas” (Foucault, 1985: 250). No es la racionalidad de una época, sino sobre todo “la desviación, las distancias, las oposiciones, las diferencias, las relaciones de sus múltiples discursos científicos” (Foucault, 1991: 50). Así que episteme y dispositivo coincidirían en ser un espacio topológico definido tanto por la posición que ocupan los elementos que en él se distribuyen (por ejemplo, profesores y estudiantes adquieren su significado por la posición, función y relaciones que entablan). Además, ambos términos definen multiplicidad de elementos (en el primero, pluralidad de componentes del espacio del saber, en el segundo, conjunto de piezas que estructuran un espacio determinado) (Moro, Op cit., pp. 32-35).

A mediados de los años 70, en su tránsito entre la arqueología y la genealogía Foucault reemplazó el concepto de episteme por el de dispositivo¹⁸



Figura 6. Descripción de un dispositivo

Fuente: Moro, 2003: 39.

Foucault dio una definición en 1977 con cuyos Moro (2003) construyó esta figura donde destaca la malla o retícula que se conforma entre un conjunto heterogéneo de elementos para pensar los fenómenos socioculturales, con tipos de relaciones diferentes entre sí y con un juego de relaciones entre fuerzas estratégicas de saber.

En 1989 -cinco años después de fallecido Foucault-, Deleuze hizo notar en el dispositivo, que esa multiplicidad de elemen-

¹⁸ Desde la lectura de Deleuze (2014), el eje de la arqueología de Foucault evidencia una estratificación de las formas de saber, que se presentan como capas sedimentarias referidas a las formas de lo visible y lo enunciable, aunque ninguna se puede reducir a la otra; mientras que el eje de la genealogía muestra la diagramación de relaciones de fuerzas o de relaciones estratégicas de poder que se afectan entre sí.

tos estaría compuesta por líneas heterogéneas con variaciones de dirección o derivaciones, aunque unas se acerquen o se alejen entre sí. Estas forman procesos en desequilibrio, porque las fuerzas representan *vectores o tensores*, mapeables por una cartografía, como fueron las cadenas de variables relacionadas con el saber, el poder y la *subjetividad* para Foucault. En su obra, las dos primeras dimensiones del saber son curvas o regímenes de visibilidad y de enunciación que hacen ver y hacen hablar; estas líneas son rectificadas en su trayectoria por las líneas de fuerza invisibles de la dimensión del poder.

Las relaciones entre fuerzas son acciones sobre una acción, no sobre un cuerpo, siendo la segunda acción real o posible. Tampoco son acciones violentas, porque una fuerza no hace violencia o represión sobre otra fuerza, sin embargo, sí puede incitarla, suscitarla, combinarla (Foucault, 1988). En dos entrevistas que Foucault concedió antes de morir, aclaró que para comprender cómo funcionan las relaciones de poder es necesario distinguir y articular tres conceptos diferentes: las relaciones diferenciales de poder entre fuerzas que buscan conducir a la otra (son móviles, reversibles y siempre modificables porque son juegos estratégicos entre libertades porque el otro siempre es un sujeto de acción), las relaciones de dominación, o mejor, los estados de dominación (son relaciones asimétricas, fijas y no modificables) y, en medio de ambas, las técnicas de gobierno, construidas o inventadas para constituir, definir, organizar

e instrumentalizar las estrategias libres que pueden tener los individuos respecto de los otros (Lazzarato, 2007, pp. 74-78). Por último, “Foucault considera el dispositivo de la ciudad griega como el primer lugar de invención de una subjetivación: según la definición original que da de ella, la ciudad inventa una línea de fuerzas que comporta la rivalidad de los hombres libres” (Deleuze, 2008, p. 307), donde el que manda a otros debe ser capaz de dominarse a sí mismo; subjetividad, que podría asumir otros modos en los dispositivos cristianos o en las sociedades modernas, como tal vez pase hoy con la existencia marginal del “excluido”, por lo que es necesario averiguar qué otras formas de subjetividad están por nacer, con capacidad para escapar a los dispositivos contemporáneos de saber y poder.

Desde el análisis de Deleuze, los dispositivos revelan que la verdad, el objeto o el sujeto no son universales o trascendentes, sino que son procesos inmanentes a un determinado dispositivo y distinto entre dispositivos. Como Foucault aludió a criterios “estéticos”, como criterios de vida, cabe preguntar si no hay una estética intrínseca de los modos de existencia como última dimensión de los dispositivos, como también, una creatividad variable según los dispositivos, siendo nuestra *actualidad* la novedad del dispositivo donde actualmente vivimos, como está ocurriendo en nuestro paso de las sociedades disciplinarias a las sociedades del control, donde necesitamos aprender a dis-

tinguir las líneas de estratificación y sedimentación del pasado y las líneas de creatividad y actualización del futuro.

Para el caso de las acciones educativas desarrolladas en los contextos sanitarios, el discurso pedagógico disciplinario escolarizante formaría entonces parte de un dispositivo moderno favorable a la conformación moderna, disciplinar y disciplinante de la subjetividad, como también, al gobierno y la gestión neoliberal de la vida contemporánea, mientras que -como propone Castro-Gómez (2011, p. 12)-, “imaginar una especie de *paideia posmoderna* que suponga un desmarque frente a la educación para el sujeto-dócil de las sociedades disciplinarias, pero también frente a las competencias que requiere el sujeto cliente de las sociedades de control”, podría movilizar en las nuevas generaciones, reales o posibles acontecimientos en las relaciones de poder desde prácticas de cuidado de sí, de experiencias de sí y de auto-ejercitaciones transformadoras de los estilos de vida, de las prácticas de consumo y depredación medioambiental mayoritarios. Entonces, las actuales prácticas pedagógicas (propias y de otros sujetos e instituciones), pueden ser consideradas, en general, como *prácticas gubernamentales*, a partir de la nueva “grilla de inteligibilidad” desarrollada por Foucault (2006) para explicar el problema de la “conducción de la conducta” como un “juego de acciones sobre acciones” en el marco de las políticas neo-

liberales, ya que en sus análisis genealógicos de los años setenta, hizo prevalecer el modelo bélico-estratégico heredado de Nietzsche, donde la subjetividad aparecía como un simple “efecto” de las relaciones de fuerza, formadas por el cruce del saber con el poder. Por el contrario, en los más recientes análisis sobre la gubernamentalidad, la subjetividad aparece como una dimensión relativamente independiente del saber y del poder, de tal modo que no es el sujeto-sujetado del primer modelo, sino individuos y colectivos con posibilidad de conducir autónomamente la propia conducta y la conducta de otros.

Desde lo aprendido en nuestra trayectoria de trabajo en la Fundación Hospital de la Misericordia, y desde el enfoque sociocrítico institucional y en educación que suscribimos, entendemos que la institución escolar y la institución hospitalaria cumplen encargos socioculturales distintos; educar y curar respectivamente. Pero esta convergencia de educadores en espacios sanitarios, denominada “pedagogía hospitalaria”, en vez de contribuir a consolidar los aspectos retrógrados de la educación autoritaria tradicional -cuando se intenta traslapar acriticamente la escuela y prácticas antiguas de gobierno disciplinario y disciplinante de las poblaciones de niños, niñas y jóvenes dentro de las instituciones de salud, como también los nuevos procesos de gubernamentalidad de poblaciones-, debiera llevarnos más bien a problematizar esa aparente neu-

tralidad de los saberes escolares, a percatarnos que las disciplinas que se enseñan en la escuela no son las disciplinas científicas, sino construcciones sociales dispuestas como “áreas o materias escolares” que, aunque análogas, tienen otra lógica de estructuración interna y que persiguen otras finalidades (Miñana, Op cit., 25), para no perpetuar pedagogías hostiles a las posibilidades de las nuevas generaciones, sino más bien relaciones empoderantes que ayuden a producir subjetividades con capacidades de gobierno creativo y autotransformador de la propia intimidad (actitudes, intereses, deseos, voluntades y pasiones). Esto implica esclarecer, que la educación y el gobierno de la vida ya no están asociados primordialmente a variables biológicas y a un modelo de disciplinamiento productor de cuerpos dóciles, sino sobre todo ligadas a la conducción empresarial para formar un sujeto-cliente capaz de gestionar o administrar con autonomía “competencias”, para convertirse en “empresario de sí” competitivo y exitoso en el mercado.

En tanto que estrategia de pensamiento, los dispositivos son tecnologías de gobierno de poblaciones, como sintetiza Agamben (2015): “llamaré dispositivo cualquier cosa que tenga de algún modo capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, conductas, opiniones y discursos de los seres vivientes”. Podemos relacionar tal definición con la postura hegemónica en

el campo académico de la pedagogía hospitalaria, allí se aplica una tecnología de reducción de los niños, niñas y jóvenes enfermos a “escolares”, ciegamente, casi todas las apuestas educativas persisten en pasar por alto su condición minoritaria en la sociedad, para ajustarlos a un modelo mayoritario de pensamiento a partir de cual medir y gobernar las singularidades infantiles y juveniles. La construcción de estos modelos mayoritarios corresponde, entonces, a una gestión política de la vida en las sociedades de control, a una gestión diferencial de todas las desigualdades.

Secuencia didáctica. En el contexto anglosajón y dentro del currículo como campo de estudio sobre la educación, se entiende el currículo como una tecnología aplicable a la construcción de programas, como una forma de racionalización de procedimientos y como una secuencia de unidades de contenido organizadas (Miñana, Op cit., 19 y 20). Para Díaz Barriga (2013a, 2013b), elaborar una secuencia didáctica es importante para organizar situaciones de aprendizaje que permitan desarrollar aprendizajes significativos en el estudiantado, lo que demanda del docente una comprensión integral del programa de estudio, de la asignatura, así como una experiencia y visión pedagógica para fundamentar cómo se establecen actividades de apertura, desarrollo y cierre.

Advierte que, aunque toda propuesta de actividades de aprendizaje para un tema ha terminado denominándose “secuencia didáctica”, no se trata de armar actividades o clasificaciones de posibles actividades, sino series de actividades con un orden interno entre sí, recuperando las nociones previas de los estudiantes, vinculadas a situaciones problemáticas reales, aportando información sobre un objeto de conocimiento nuevo y suponer la existencia de diversos procesos intelectuales complejos. Una secuencia didáctica integra principios del aprendizaje alrededor de tres tipos de actividades a) de apertura -que abren el clima de aprendizaje-; b) de desarrollo -interacción con nuevas informaciones con un referente contextual que permita su actualización-; y c) de cierre -integración del conjunto de tareas realizadas, síntesis del proceso y del aprendizaje desarrollado-, con una *estructura de evaluación* asimismo triádica: diagnóstica (identificación de los saberes previos), formativa (observación de los avances, retos y dificultades) y sumativa (evidencias de aprendizaje).

La identificación de la secuencia didáctica construida por la Unimonserate en el proyecto de sistematización de una década de prácticas en el Hospital de la Misericordia entre 2000 y 2010, permitió comprender que, además de la concepción crítica que ya se expuso sobre la enseñanza y la institución escolar, implicó posicionar solidariamente una noción de la

infancia y del niño enfermo, de la participación de la familia y la organización, y una estructura de las prácticas pedagógicas de Preescolar en los edificios de Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa (entre sus pisos y entre servicios), alrededor de preocupaciones educativas sobre el sentido de las intervenciones, las limitaciones del tiempo por las variaciones en las estancias de permanencia, la omnipresencia de la cuestión del cuerpo, de la muerte y sobre qué tipo de trabajo desarrollar con las familias cuidadoras.

En varios años de prácticas se fue construyendo una cierta *estructura de intervención* que tenía un momento inicial de entrega de “invitaciones” para participar en las actividades planeadas que se desarrollaban en habitaciones, salas de espera y corredores que, al tiempo que se visibilizaba y promocionaba el trabajo educativo de la Unimonserate en el hospital, sensibilizaba a diferentes actores del hospital, los niños y las familias sobre la importancia de las acciones lúdico-educativas con las nuevas generaciones.

Este primer tiempo, junto con un segundo de presentación y reconocimiento de los participantes y de un tercero de integración comunitaria, eran considerados como un sello distintivo de acogimiento respecto del desconocimiento, diversidad y semejanza con el otro, a partir de la instalación de situaciones



Exposición de los trabajos elaborados por los niños al final de la práctica en pedagogía hospitalaria en el pasillo del cuarto piso de la Fundación Hospital la Misericordia, primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonsserrate, 2015

de interacción, escucha, diálogo y de dinámicas para el trabajo con pequeños grupos y de animación sociocultural de la participación con los pares de edad y entre las generaciones. Un cuarto momento consistía generalmente en el desarrollo de una actividad previamente planeada, para la cual se empleaban materiales y recursos pedagógicos muy variados, aportados por las propias estudiantes practicantes, que dentro de lo posible procuraban consultarse en las sesiones anteriores o que correspondían con el desarrollo de proyectos temáticos o relacionados con fechas especiales o rituales socioculturales significativos. En el quinto momento, se procuraba apalabrar o expresar a través del uso de varios lenguajes, las conclusiones, comprensiones, enseñanzas y aprendizajes del proceso realizado, desarrollando por último un proceso de evaluación cualitativo mediante estrategias reflexivas individuales y grupales, y donde también se tanteaba otra posible actividad para una nueva sesión.

En la consultoría *Pedagogía hospitalaria para la primera infancia (2013-2014)*, se formalizó esta estructura de intervención bajo la denominación de secuencia didáctica de Acciones en Pedagogía Hospitalaria (AcPHs), las cuales se articulaban matricialmente con los cinco principios para una pedagogía hospitalaria (hospitalidad, vitalización, protagonismos infanto-juvenil, cuidado de sí y del otro y relación con el saber y el conocimien-

to) y con los estructurantes de la educación inicial (juego, arte, exploración del medio y literatura). De esta manera, se conformó finalmente un dispositivo pedagógico complejo que incluye no solo una manera de subdividir y ordenar el tiempo de las intervenciones, sino de repartir el espacio alrededor de los momentos de la secuencia didáctica y de los estructurantes de la política pública para la primera infancia, estratificando estas relaciones espaciotemporales alrededor de las líneas de fuerza que subyacen a nuestros principios o fundamentos (ética, corporal, de poder, estética y de saber). Empero, este proceso maquínico para el trabajo pedagógico siempre resultó interpelado por la diversidad o diferencia sociocultural encarnada por las poblaciones indígenas y afrodescendientes y las circunstancias históricas que afrontaba el Pacífico colombiano en aquella época, no sólo en términos de la pobreza y la inequidad social, sino del conflicto armado y de la gravedad de la crisis hospitalaria nacional.

Creemos que con esta identificación del dispositivo y de las principales tecnologías desarrolladas por el equipo de investigación, se logra dimensionar cuál ha sido nuestra apuesta educativa dentro del campo de acción interdisciplinar de la “pedagogía hospitalaria”, donde también cabe relacionar la perspectiva genealógica que se utilizó para rastrear la conjunción de los intereses de la medicina y la pedagogía higienistas,

de la arquitectura moderna y de las políticas públicas nacionales e internacionales alrededor del movimiento socioeducativo de las Escuelas al Aire Libre (*Mouvement des Écoles de Plein Air*), que emergió en Alemania y que se extendió en la primera mitad del siglo XX a gran número de países occidentales hasta antes de los años 50, mediante barracas, sanatorios, campamentos de verano, escuelas del bosque y del mar, para prevenir la epidemia de tuberculosis y que, gradualmente fueron abiertas a niños que padecían deficiencias físicas o mentales, y en menor medida a niños sin ninguna enfermedad. Tal movimiento contribuyó al desarrollo de programas y políticas públicas como la medicina escolar, la educación ambiental y para el ocio, como a la construcción de edificios escolares en ambientes campestres o abiertos a la naturaleza, mejor ventilados e iluminados, y con nuevas técnicas de calefacción y acristalamiento.

Con tal perspectiva histórica, también se pudo argumentar en nuestro contexto que, la “pedagogía hospitalaria” no surgió por un interés único o principal de los educadores -como fue el caso de la experiencia pionera del Aula Pedagógica del Hospital de la Misericordia instituida por el cirujano plástico Cristóbal Sastoque Melani y que funcionó entre 1971 y 2000-, que tampoco tuvo como objetivo principal la escolarización de esos niños y, sobre todo, que la infancia, las necesidades

de salud y las innovaciones institucionales son procesos histórico-sociales atravesados por relaciones de saber y de poder. Finalmente, otros conceptos que fueron especialmente relevantes para el desarrollo de este proyecto, pese a que no se logró pilotear ni estructurar una modalidad educativa flexible fueron: mediaciones, experiencia, inclusión educativa, carga de enfermedad y Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Mediaciones. Es importante tener presente la importancia del concepto de mediación cultural. Un *medio* es un utensilio, instrumento u operación intermedio que permite comunicar a las personas *indirectamente* sin la necesidad de un contacto personal o una relación cara a cara. Tal intervención ofrece versiones selectivas de la experiencia y representaciones del mundo, que no son mera copia de la realidad, sino elaboraciones individuales y colectivas del sujeto.

El concepto de mediaciones remite por lo menos a tres acepciones. La primera alude a la mediación social de los medios, en tanto constructores de los acontecimientos sociales, capaces de generar lugares de cognición y de relación con el mundo (Serrano, 1977). La segunda señala la intención consciente de educadores y comunicadores de intervenir en la relación entre los medios y las audiencias, propendiendo por una *educación-alfabetización mediática* (Prieto y Gutiérrez, 1999; y Orozco, 2002). Un tercer sentido de la noción, propuesto por Martín-Barbero

(1990; 1998), que parte del descentramiento del hecho mediador, que va desde los medios-instrumentos de comunicación hacia *analizar las transformaciones culturales*.

Así pues, la educación mediática es el proceso de enseñar y aprender acerca de los medios de comunicación, la alfabetización mediática es el resultado: el conocimiento y las habilidades que adquieren los alumnos. La alfabetización mediática implica necesariamente 'leer' y 'escribir' los medios. Por lo tanto, la educación mediática se propone desarrollar tanto la comprensión crítica como la participación activa. (...) La educación mediática gira en torno al desarrollo de las capacidades críticas y creativas de los jóvenes (...) tiene, pues, que ver con la enseñanza y el aprendizaje acerca de los medios. No deberíamos confundirla con la enseñanza por medio de o con los medios: por ejemplo, el uso de la televisión o los ordenadores como herramientas para la enseñanza de la ciencia o de la historia" (Buckingham, 2005, p. 21).

Reenfocar la mirada desde las prácticas sociales hacia los medios implica romper con un *comunicacionismo* que ontologiza la comunicación como secreta esencia de lo humano o de la interacción social, desde el concepto de "sociedad de la información", lo que evacúa la cuestión de poder y la desigualdad de las relaciones sociales. De igual manera hay que romper con el *mediacentrismo*, que identifica la comunicación con los

medios. McLuhan piensa que los medios hacen la historia y Althusser que los medios son un aparato del Estado, creyendo que estudiar la comunicación es comprender cómo funcionan las tecnologías o los aparatos, porque ellos “harían” la comunicación. Y una última ruptura es con el *marginalismo* de lo alternativo, que supone una “auténtica” comunicación, escondida en el mundo popular, por fuera de la contaminación tecnológica/mercantil, porque desde la Escuela de Frankfurt se concibió la industria como instrumento de deshumanización y la tecnología como aliada del capitalismo.

La técnica, que durante siglos fue considerada mero instrumento o utensilio, desprovista de densidad cognitiva, se transformó en una dimensión estructural de las sociedades contemporáneas, contribuyendo a la densa proliferación de símbolos, a la circulación de información y la mediación comunicativa de todas las relaciones sociales. Los medios de comunicación y las tecnologías de la información han devenido en otra agencia socializadora de las nuevas generaciones, al tiempo que se erosionan la familia, la escuela y el propio Estado como instituciones de la Modernidad. Las TIC proporcionan modelos de identificación, pautas de comportamiento y ritos de iniciación. Mientras que la sociedad se configura como un ecosistema comunicativo y el capitalismo fordista se transforma en un capitalismo financiero desregularizado -la

perspectiva crítica eurocéntrica lo analiza como un “capitalismo cognitivo” de bienes inmateriales que convierten la información y el conocimiento como fuerzas productivas directas, articulada en redes y globalizadas-, la escuela trata de ponerse al día con su modelo de comunicación escolar, “modernizándose” e incorporando aparatos tecnológicos usados como “ayudas didácticas”, al tiempo que ve reducida su densidad simbólica como constructora de ciudadanía y tejedora del lazo social hacia un saber-hacer predominantemente técnico-instrumental, de administración de saberes por competencias, que tratan de estandarizar su “calidad” y “eficiencia” por parámetros provenientes de la reingeniería empresarial y la competitividad del mercado.

Luego la tecnología, más que máquinas o aparatos, es un nuevo modo de percepción y de lenguaje, una nueva sensibilidad y otras maneras de leer y de escribir, cada vez más desanclada de las herencias culturales locales. Sus desarrollos forman parte del proceso de globalización financiera capitalista, instalado como un dispositivo de producción planetario y un conector universal global, que reorganiza las relaciones entre países mediante una descentralización que concentra el poder económico y una deslocalización que empuja la hibridación de las culturas, transformando los patrones de consumo, y los modos de comportamiento hacia estilos de vida mayoritarios.

Por tanto, la comunicación actual no agencia sólo procesos de dominación ideológica y política, sino que las relaciones de dominación son cada vez más vehiculadas mediante procesos comunicativos ejercidos no solo por una clase dominante nacional y global, o mediante la fuerza, sino porque los mismos sectores subalternos trabajan en favor de su propia dominación, de los dominadores y de unos intereses dominantes. Lo que significa que hay necesidad de comprender que los procesos políticos y las relaciones de poder no existen de manera aislada, sino que están entramadas en procesos y prácticas culturales relacionadas con las significaciones, las representaciones, las semióticas significantes y no-significantes y las identidades sociales.

Esta dimensión comunicativa de la cultura implica un descentramiento y una diseminación de los saberes por fuera de la institución escolar, lo que afecta su modelo letrado de saber-poder organizado alrededor de la cátedra magistral oralista y de memorización de conocimientos esencialmente libresco, pues los estudiantes portan una gran cantidad de saberes aprendidos por la experiencia de maneras no-lineales, secuenciales o verticales, producto de su inmersión en el ecosistema comunicativo de la sociedad contemporánea, de sus pares de edad, de la calle y en general por su pertenencia a las culturas populares.

Se puede afirmar entonces que, las mediaciones son una concepción no reproductivista del consumo de bienes materiales y simbólicos, que permiten una comprensión de los modos de apropiación cultural y de los usos sociales de la comunicación. Las mediaciones son ese “lugar” desde el que es posible percibir y comprender la interacción entre las lógicas de producción de las industrias culturales y las de unos procesos de recepción, apropiación, uso y consumo del sujeto, no son meras instancias de reproducción de la fuerza de trabajo, sino prácticas sociales de construcción de tejidos comunicativos inscritas en la vida cotidiana (Universidad Central-IESCO, 2009).

Dentro de este ecosistema comunicativo, el concepto de *educación expandida* engloba nuevas formas de educación que incorporan y se adaptan a los procesos sociales desarrollados en los ambientes Web 2.0, que hasta poco estuvieron al margen de los sistemas educativos convencionales, como lo son una nueva cultura digital basada en la organización en redes, el trabajo colaborativo en equipo, el *copyleft* –licencias que permiten que cualquier usuario use, modifique y redistribuya un trabajo, siempre que se mantengan estas mismas condiciones de utilización y difusión-, todo lo cual supone una oportunidad para recuperar el concepto de reciprocidad en las formas de distribución de los saberes y contenidos.

La premisa de la educación expandida es que la educación no solo sucede en cualquier momento y en cualquier lugar, sino que ya no está circunscrita a los límites de la educación formal e institucional de la escuela, debido a la emergencia de colectivos, agrupaciones y movimientos sociales que se empoderan, producen y gestionan bienes procomunes usando las tecnologías para conformar redes y compartir saberes, pensando reflexivamente sus dinámicas sociales, culturales y políticas, como también su dimensión educativa expandida.

Esto involucra otras formas de aprender, una educomunicación cercana a propuestas como el edupunk, el conectivismo, el aprendizaje ubicuo y el aprendizaje invisible que se extienden más allá del aula tradicional, del profesor o de los libros, ya que el saber hoy se encuentra propagado de manera fractal a través de una sociedad de saberes compartidos, reside en toda la humanidad y cada vez más se dispone de formas más innovadoras de relación social, mediadas tecnológicamente, para acceder a la información y al conocimiento. Desde el punto de vista pedagógico, esta nueva condición del saber exige un cambio de metodologías, del rol del profesorado y del estudiantado, de los modos de aprender, de los recursos con los que se aprende y de las formas de evaluación. Luego es esencial cambiar el modelo de educación para transformar el modelo de comunidad que se busca conformar. (Cf. Díaz y Freire, 2012)

Como lo demuestran las experiencias de educación virtual, no se trata sólo de usar las nuevas tecnologías para acceder al conocimiento, sino de *imbuirse en esa nueva forma de aprender colaborando, trabajando en equipo, compartiendo aprendizajes*. Razón por la cual, la enseñanza ya no puede basarse solo en clases, los libros cada vez más son recursos disponibles en red que se modifican continuamente, el computador y los dispositivos móviles sirven para producir y compartir información de manera instantánea. Ahora tiene más sentido que la docencia auspicie el establecimiento de relaciones, el desarrollo de proyectos donde se aprenda a trabajar colaborativamente, enseñándonos los unos a los otros en cómo resolver problemas prácticos y contextualizados.

Y como plantea Roger Schank (El País, 2010) -investigador en el ámbito de la inteligencia artificial, la teoría del aprendizaje y la construcción de entornos virtuales de la enseñanza-, la memorización de contenidos ya no tiene sentido, para aprender significativamente es más importante implicar las emociones, porque se sabe que los recuerdos y la memoria, van asociados a ellas. También es muy importante *aprender haciendo, experimentando*.

Otra de las características del nuevo tipo de educación de la cultura digital, es el altruismo, se tiende a un voluntariado donde

millones de personas dedican su tiempo y esfuerzo a desarrollar tutoriales, cursillos, blogs o foros de autoaprendizaje que comparten gratuitamente, para formalizar cómo han llegado a un aprendizaje, para que otros puedan acceder de forma más sencilla. Compartir conocimientos es una mejor forma de aprender, porque el mejor modo de aprender es enseñar a la comunidad, lo cual crea desarrollos individuales, posibilidades de mejoramiento y un renovado deseo de aprender.

Respecto de las posibilidades actuales que ofrecen los medios de comunicación y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), los niños y jóvenes gravemente enfermos, sus amigos, hermanos y familiares pueden establecer una red de contactos por Internet, formar una comunidad en línea para chatear, jugar videojuegos, escribir sus diarios virtuales (blogs) o hacerse amigos de otros niños y jóvenes que estén afrontando una condición semejante. Además, los medios y TIC pueden convertirse en un lugar para la expresión, el desarrollo de habilidades comunicativas, el encuentro de sentimientos de serenidad, valor y fortaleza, para que niños, jóvenes y sus familias hablen de sus temores, procesen sus sentimientos, “celebren con o se compadezcan de” otros que están pasando por experiencias parecidas, para que pasen un rato con los amigos y familiares, hagan nuevas amistades, se diviertan, se reconozcan y establezcan relaciones con distintos tipos de saberes y con el conocimiento.

En el mundo existen programas encaminados por objetivos similares, tales como “Proyecto Alter: Teleeducación de Aulas Hospitalarias” y “Aula Virtual del Banco de España” desarrollados en España, “Band aids and Blackboards” en Brasil, “Star-bright World- Lehman College” en los Estados Unidos y “Praktijk Sterrekind de Linda Peelen” en Holanda, en los cuales se han creado espacios de aprendizaje, comunicación y apoyo, sirviendo como medio para superar barreras y romper el aislamiento del alumnado hospitalizado y para sentir menos dolor, ansiedad y soledad; así los jóvenes pacientes han mejorado su autoconfianza, su habilidad para comunicarse, sus relaciones con quienes están a cargo de su cuidado y el apoyo de sus amigos; también muestran mayor voluntad para regresar a los tratamientos.

Además de estas posibilidades, el tiempo de hospitalización puede ser utilizado como un modo de generar motivaciones para el autoaprendizaje y la apropiación del conocimiento mediante la inserción en los ambientes hospitalarios de nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), lo que pone a disposición de los niños, jóvenes en situación y condición de enfermedad, y sus familias, distintos vehículos de expresión y apalabramiento de sus condición, para afirmarse subjetivamente adquiriendo conciencia de su propia valía y para descubrir sus potencialidades.

Se precisa entonces de una educación mediática que promueva la creatividad individual y los intercambios comunicativos igualitarios con otras personas, una comunicación, donde la recepción es tan importante como la propia emisión de mensajes. Que forme en el análisis de los contenidos transmitidos por los medios, en sus aspectos formales, técnicos y expresivos, como en formas de aprovechamiento social, educativo y cultural de los contenidos transmitidos por los medios audiovisuales y por los sistemas de información y comunicación; por ejemplo, los inmensos recursos de los portales educativos y de los museos y galerías virtuales, el fomento del pensamiento crítico a través del análisis y la reflexión; así como una formación para la creación audiovisual y multimedia en el diseño y producción de mensajes.

Esta educación mediática debería servir para que los ciudadanos pudieran influir en las industrias de la comunicación para que atendieran prioritariamente a las necesidades de las personas y de los grupos sociales en lugar de anteponer el afán de lucro a las necesidades reales de la sociedad (Aparici et al., 2010, pp. 11-12).

La llamada “sociedad de la información y el conocimiento” exige competencias lecto-escritoras, así como el análisis crítico de mensajes y contenidos, pero sobre todo, una producción

propia de significados que debe ser difundida, socializada, dialogada y compartida con otros interlocutores, puesto que conocer es comunicar, es trabajar cooperativa y solidariamente en pequeños grupos para producir conocimientos y aprendizajes significativos mediante múltiples interacciones, flujos comunicacionales y máquinas y tecnologías de información y comunicación. Esa generación de emisores activos contribuye a su vez a formar receptores críticos de los medios de comunicación que realizan una pedagogía perpetua que forma opiniones, valores y actitudes.

El aprendizaje electrónico (*e-learning*), propio de una educación a distancia virtualizada a través de las redes de comunicación, en especial la Internet, representa actualmente una estrategia formativa para resolver muchos de los problemas educativos que van desde el aislamiento geográfico del estudiante hasta la necesidad del perfeccionamiento constante del profesorado, pero sin olvidar que esta modalidad educativa también representa “más de un 80% de fracaso en la gestión de cursos a distancia y más de un 60% de abandono de los mismos por parte de los estudiantes” (Cebrián, 2003, p. 31).

El aprendizaje en red, la teleformación, el e-learning o el aprendizaje virtual, son maneras de referirse a la formación que utiliza la red como tecnología de distribución de la información, bien sea a través de la red abierta de Internet o

cerrada de las intranet. Por tanto, involucran el uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, que posibilitan un aprendizaje interactivo, flexible y accesible, a cualquier receptor potencial. Las características principales de la formación basada en la red y la formación presencial, según Cabero y Cervera (2005) son:

Formación basada en red	Formación presencial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permite que los estudiantes vayan a su propio ritmo de aprendizaje. ▪ Es una formación basada en el concepto de formación en el momento en que se necesita (<i>just-in-time training</i>). ▪ Permite la combinación de diferentes materiales (auditivos, visuales y audiovisuales). ▪ Con una sola aplicación puede atenderse a un mayor número de estudiantes. ▪ El conocimiento es un proceso activo de construcción. ▪ Tiende a reducir el tiempo de formación de las personas. ▪ Tiende a ser interactiva, tanto entre los participantes en el proceso (profesor y estudiantes) como con los contenidos. ▪ Tiende a realizarse de forma individual, sin que ello signifique la renuncia a la realización de propuestas colaborativas. ▪ Puede utilizarse en el lugar de trabajo y en el tiempo disponible por parte del estudiante. ▪ Es flexible. ▪ Tenemos poca experiencia en su uso. ▪ Disponemos de muchos recursos estructurales y organizativos para su puesta en funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte de una base de conocimiento, y el estudiante debe ajustarse a ella. ▪ Los profesores determinan cuándo y cómo los estudiantes recibirán los materiales formativos. ▪ Parte de la base de que el sujeto recibe pasivamente el conocimiento para generar actitudes innovadoras, críticas e investigadoras. ▪ Tiende a apoyarse en materiales impresos y en el profesor como fuente de presentación y estructuración de la información. ▪ Tiende a un modelo lineal de comunicación. ▪ La comunicación se desarrolla básicamente entre el profesor y el estudiante. ▪ La enseñanza se desarrolla de forma preferentemente grupal. ▪ Puede prepararse para desarrollarse en un tiempo y en un lugar. ▪ Se desarrolla en un tiempo fijo y en aulas específicas. ▪ Tiende a la rigidez temporal. ▪ Tenemos mucha experiencia en su utilización. Disponemos de muchos recursos estructurales y organizativos para su puesta en funcionamiento.

Siguiendo a Cabero (2006), dentro de las ventajas más citadas del *e-learning* están las siguientes:

- Pone a disposición de los alumnos un amplio volumen de información.
- Facilita la actualización de la información y de los contenidos.
- Flexibiliza la información, independientemente del espacio y el tiempo en el cual se encuentren el profesor y el estudiante.
- Permite la deslocalización del conocimiento.
- Facilita la autonomía del estudiante.
- Propicia una formación just in time y just for me.
- Ofrece diferentes herramientas de comunicación sincrónica y asincrónica para los estudiantes y para los profesores.
- Favorece una formación multimedia.
- Facilita una formación grupal y colaborativa.
- Favorece la interactividad en diferentes ámbitos: con la información, con el profesor y entre los alumnos.
- Facilita el uso de los materiales, los objetos de aprendizaje, en diferentes cursos.
- Permite que en los servidores pueda quedar registrada la actividad realizada por los estudiantes.
- Ahorra costos y desplazamiento (Cabero, 2006, p. 3).

Mientras que, son algunos de sus inconvenientes:

- Requiere más inversión de tiempo por parte del profesor.
- Precisa unas mínimas competencias tecnológicas por parte del profesor y de los estudiantes.
- Requiere que los estudiantes tengan habilidades para el aprendizaje autónomo.
- Puede disminuir la calidad de la formación si no se da una ratio adecuada profesor-alumno.
- Requiere más trabajo que la convencional.
- Supone la baja calidad de muchos cursos y contenidos actuales (Cabero, 2006, p. 3).

Según Bartolomé (2004), el *b-learning* es “aquel modo de aprender que combina la enseñanza presencial con la tecnología no presencial”, siendo su idea clave la “selección de los medios adecuados para cada necesidad educativa”. Es decir, combinar la eficacia y la eficiencia del trabajo presencial con la flexibilidad del *e-learning*. Esta modalidad mezclada de formación se traduce en una convergencia entre lo presencial y lo virtual a distancia, donde se combinan espacios (clases tradicionales y virtuales), tiempos (presenciales y no presenciales), recursos (analógicos y digitales), en la que los protagonistas modifican sus roles en los procesos de enseñanza/aprendizaje, donde tales cambios también afectan de manera ineludible los modelos organizativos.

Además, el *b-learning* ofrece la posibilidad de establecer diferentes tipologías de comunicación, más allá de la que se genera a través de las herramientas de comunicación sincrónicas y asincrónicas disponibles en los entornos para la formación en red, gracias a las tutorías presenciales como apoyo de las establecidas a través de la web.

En ese sentido, es posible utilizar los siguientes tipos de herramientas telemáticas (Gutiérrez, 2011):

Herramientas de información	Navegadores Buscadores de información Lectores de RSS Marcadores sociales Herramientas para compartir contenidos (video, imágenes, presentaciones). Editores de texto. Creador de presentaciones visuales. Editor de material multimedia (gráficos, imágenes, audio, video). Editores de páginas web. Cuestionarios on-line.
Herramientas de comunicación	Chat Mensajería Instantánea Foros Videoconferencia Audiokonferencia Correo electrónico Listas de distribución Listas de discusión
Herramientas de colaboración	Weblogs Wikis Herramientas de <i>lifestreaming</i> Redes sociales Herramientas específicas de trabajo colaborativo Editores colaborativos Pizarra compartida/escritorio compartido
Herramientas de gestión y distribución y recursos	Plataformas virtuales. Herramientas de gestión y administración electrónica.

El espacio del *b-learning* también se estratifica en función de la mayor o menor utilización de herramientas de comunicación sincrónicas y asincrónicas, así como por la amplitud de comunicación textual, auditiva, visual y audiovisual utilizada, es decir, por ciertos grado de iconicidad de los materiales utilizados.

Las nuevas formas de enseñar y aprender colaborativamente comenzaron a ser analizadas y puestas en práctica por la Investigación Acción Participativa. Los precedentes de la IAP se hallan en el concepto de “investigación-acción” acuñado por Kurt Lewin en 1944, entendido como un proceso de indagación introspectivo colectivo, participativo y democrático, emprendido por los propios participantes de las situaciones sociales, llevado a cabo con la propia población local, que implica planificar, ejecutar y evaluar la apuesta investigativa emprendida para la construcción de conocimiento y, por tanto, recoger información, analizarla y conceptualizarla, con objeto de que sus resultados ayuden a mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales o educativas (Lewin, 1992).

Colombia que fue uno de los pioneros en la búsqueda de paradigmas alternos en las ciencias contemporáneas a la conocida insistencia académica sobre la neutralidad valorativa y la independencia en la investigación, así como a construir un

paradigma distinto de los metarrelatos de moda como el funcionalismo, el desarrollismo y las teorías liberales de la participación (como las de Rousseau, Owen y Mill), para lo cual se formalizaron procedimientos alternos de investigación y acción, enfocados hacia los problemas regionales y locales en los que se requerían procesos políticos, educativos y culturales emancipatorios.

Además de establecer las reglas de una ciencia rigurosa y pertinente, quisimos prestar atención al conocimiento de las gentes del común. (...) Descartamos nuestra jerga especializada con el fin de comunicarnos en el lenguaje cotidiano y hasta con formas de multimedia. Y ensayamos procedimientos novedosos de cognición, como hacer investigación colectiva y con grupos locales con el propósito de suministrarles bases para ganar poder (Fals Borda, 2008, p. 268-269).

En el Primer Simposio Mundial de Investigación Activa (Cartagena 1977) se combinaron la tendencia activista del contingente latinoamericano que proponía una “investigación acción” con la de educadores canadienses que insistían en la necesidad de la “participación”, que incluía elementos de acción y compromiso; así nació la fórmula combinada de “investigación acción participativa” (IAP), que se instituyó a nivel mundial.

La IAP es una metodología crítica que requiere de la participación de los afectados por la problemática estudiada, que sobre todo defiende que el conocimiento parte de la esfera de la práctica, desde la que se logran, de forma simultánea, avances teóricos, la concienciación del sujeto individual y colectivo, y transformaciones sociales.

Entre otros aportes, la IAP retoma principios de Paulo Freire, frente a que los pobres están capacitados para analizar su propia realidad, si se ponen en juego sus capacidades de identificación y consolidación de los conocimientos para su propio empoderamiento. Pese al desarrollo de diversos enfoques y corrientes, como los movimientos de renovación pedagógica, de educación popular, de intervención comunitaria y las nuevas concepciones sobre la educación, su característica común es la preocupación sobre la utilidad de la investigación para estimular la práctica transformadora y el cambio social. Desde los años 80, la IAP comenzó a ser utilizada no sólo para analizar problemas de pequeña escala en zonas rurales, sino también otros más complejos como los problemas urbanos y regionales, la salud pública o la historia de los pueblos.

Según Guzmán, *et al.* (1994), en cada proyecto de IAP se combinan tres componentes en proporciones variables: a) la investigación consiste en un procedimiento reflexivo, sistemáti-

co, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica; b) la acción no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención; c) la participación significa que en el proceso están involucrados no sólo los investigadores profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto, que no son considerados como simples objetos de investigación, sino como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad.

La finalidad de la IAP es cambiar la realidad y afrontar los problemas de una población a partir de sus recursos y participación, lo cual se plasma en los siguientes objetivos concretos: a) generar un conocimiento liberador a partir del propio conocimiento popular, que va explicitándose, creciendo y estructurándose mediante el proceso de investigación llevado por la propia población y que los investigadores simplemente facilitan aportando herramientas metodológicas; b) como consecuencia de ese conocimiento, dar lugar a un proceso de empoderamiento o incremento del poder político (en un sentido amplio) y al inicio o consolidación de una estrategia de acción para el cambio; c) conectar todo este proceso de conocimiento, empoderamiento y acción a nivel local con otros similares en otros lugares, de tal forma que se genere un entramado horizontal y vertical que permita la ampliación del proceso y la transformación de la realidad social.

En la IAP se siguen básicamente cuatro fases, aunque no siempre se diferencian nítidamente unas de otras: a) La *observación participante*, en la que el investigador se involucra en la realidad que se estudiará, relacionándose con sus actores y participando en sus procesos; b) La *investigación participativa*, en la que se diseña la investigación y se eligen sus métodos, basados en el trabajo colectivo, la utilización de elementos de la cultura popular y la recuperación histórica. El investigador presenta al grupo los diversos métodos disponibles para la obtención de información, explicándoles su lógica, eficacia y limitaciones, para que la comunidad los valore y elija en base a los recursos humanos y materiales disponibles. Para la recolección de información se usan técnicas como la observación de campo, la investigación en archivos y bibliotecas, las historias de vida, los cuestionarios, las entrevistas, etc. La información es recogida, y luego sistematizada y analizada, por la propia comunidad, siendo el papel del investigador de mero facilitador; c) La *acción participativa* implica, primero, transmitir la información obtenida al resto de la comunidad u otras organizaciones, mediante reuniones, representaciones teatrales u otras técnicas, y, además, con frecuencia, llevar a cabo acciones para transformar la realidad; d) La *evaluación*, sea mediante los sistemas ortodoxos en las ciencias sociales o simplemente estimando la efectividad de la acción en cuanto a los cambios logrados, por ejemplo, en cuanto al desarrollo de nuevas actitudes, o la redefinición de los valores y objetivos del grupo (HEGOA, 2006).

La experiencia como mediación. Las prácticas pedagógicas desarrolladas en los hospitales tienden a ser evaluadas, por lo

general, como especialmente significativas para la formación docente, una suerte de acontecimiento experiencial dramático, vitalizante y autorreflexivo, porque conmueve emocionalmente la subjetividad y como si tuviera “relación con una educación sentimental” (Bárcena y Mèlich, 2000, p. 29). Podría decirse entonces que la principal mediación en este campo de acción educativa -donde se convive con esta experiencia *sui generis* del otro-, es la propia *experiencia*, entendida como un *páthei máthos*; un aprendizaje en y por el padecer, en y por aquello que nos ha pasado, un saber experiencial cotidiano que se va adquiriendo a medida que vamos respondiendo a lo que nos interpela -sobre todo porque sentimos que nos concierne y es nuestra responsabilidad- y que nos va conformando como lo que somos. Es un saber particular, inseparable de los individuos singulares y de nuestros modos de comprensión, encarnado, subjetivo, relativo y personal, que ha ido configurando una personalidad y una sensibilidad, que exige a la vez una ética (un modo de conducirse) y una *estética* (un estilo de obrar) (Cf. Larrosa, 2013, pp. 33-35).

Para *explicitarla*, haciendo inteligibles las virtualidades de lo “no dicho”, pues tal experiencia no puede ser decantada fácilmente mediante una escritura o mediante palabras, fue necesario un *ejercicio investigativo reflexivo* que nos ayudara a decantar lo que nos ha pasado como personas y como colectivo a *otro lugar*, pues este trabajo frente a las condiciones de dolor, enfermedad y sufrimiento de los niños, niñas, jóvenes y sus familias, no puede realizarse meramente como un ejercicio racional o emocional, sino que debe intersectar ambas dimensiones mediante un examen cuidadoso de nuestras prácticas, donde hemos querido dominar o gobernar las fuerzas, intereses o padecimientos del otro, incluso para ser reconocidos como quienes detentamos un saber y poder sobre una pedagogía hospitalaria distinta de asimilar la educación a la escolarización¹⁹, con miras a averiguar si estas prácticas desarrolladas permiten o no la afirmación de nuevas formas de ser, pensar y actuar, potencialmente pedagógicas.

Tal proceso de sistematización de la experiencia demanda aprender a escuchar el carácter a la vez pasivo y activo de la

¹⁹ Masschelein y Simons (2014) han sintetizado las principales críticas formuladas a la escuela: alienación, concentración de poder, corrupción, desmotivación, ineficacia, falta de empleo y redundancia, sin embargo, la defienden, no como institución sino como forma, como *scholé*, como espacio público distinto de una función de socialización o iniciación sino como espacio distinto del hogar y de la comunidad, crítico de sus aspectos identitarios, por tanto, emancipador al educarse “fuera de casa”, donde nos hacemos responsables por los otros y ante los otros porque la educación está asociada a una vida democrática y no a un dispositivo para formar cuerpos escolares dóciles y sin potencia o emprendedores que explotan al máximo sus capacidades de trabajo, invención y competitividad.

pasión que nos puso en este camino de indagación, pues al “querer devenir educadores” coexisten una dimensión pasiva, padecida con paciencia y padecimiento y otra activa, que impulsa al encuentro, la disponibilidad y la apertura con este objeto de pasión, a fin de investirlo, haciéndolo entrar en un sistema de acción, donde la acción prevalezca sobre la vivencia y reacción, para decantar qué modos o posibilidades de vida se pueden haber producido. Este método para sistematizar o endurecer de manera reflexiva nuestra experiencia, permite percatarnos que, por lo general, la educación procura lidiar con pasiones o afectos alegres, pero en una pedagogía hospitalaria, todo el tiempo estamos en relación con pasiones tristes ²⁰, por lo que educadores y educandos tenemos que ser capaces de aprender cómo gobernar tales pasiones para hacer de la enfermedad un punto de afirmación hacia la salud y la vitalidad.

²⁰ Spinoza supone que nuestra potencia es una cierta cantidad de potencia que está siempre completa, pero puede ser colmada por tristezas o alegrías que son los dos afectos de base. Cuando nuestra potencia es colmada por tristezas, ella está completamente efectuada pero disminuida y cuando está colmada por alegrías, está efectuada de manera que aumenta. Esta cantidad diferenciable que aumenta con la alegría o la tristeza es la potencia. Para Spinoza el afecto son percepciones, pero también pueden ser sentimientos, pensamientos y conceptos, pues todos son modos de efectuar nuestra potencia.

²¹ Término popularizado en los años 80 por el Informe Warnock, dirigido por la especialista en filosofía moral y filosofía de la educación Mary Warnock, publicado por la Secretaría de Educación del Reino Unido en 1978. Este informe se propuso ampliar los conceptos de educación especial y necesidades educativas especiales, para lo cual rechazó el prejuicio de que en los procesos educativos existen niños y niñas deficientes y no deficientes, donde los primeros reciben educación especial y/o asistencial y los segundos simplemente educación. De esta manera, se resignificaron las necesidades educativas especiales como comunes a todos los niños y niñas, y relacionadas con su diversidad.

Inclusión educativa. Bajo el concepto de las Necesidades Educativas Especiales ²¹ se ha argumentado desde hace más de 20 años que, el principal problema de los niños enfermos, hospitalizados y en tratamiento, especialmente los que padecen enfermedades crónicas, ejemplarizadas con los casos de los cánceres pediátricos, es el absentismo escolar, siendo imprescindible establecer servicios que favorezcan esa continuidad como las aulas hospitalarias, la enseñanza domiciliaria y adaptaciones en las instituciones escolares de referencia. Y pese a que algunos autores refrendan la importancia de los derechos de los niños hospitalizados, se solapan los derechos de participación que son lo más novedoso de la propuesta de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, alrededor de instituir una cultura de la infancia.

Además del acuerdo 453 de 2010 del Consejo de Bogotá, por el cual se creó el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud; el Congreso de la República (2010a) aprobó la Ley 1384 o Ley Sandra Ceballos, para establecer acciones de atención integral del cáncer en Colombia, y en su Parágrafo 2° se dispuso que el MEN:

Reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad no afecten de manera significativa su rendimiento académico, así como lo necesario para que el colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias²²

En Bogotá, las Aulas Hospitalarias corresponden a un proceso de educación formal, de modo que los docentes están vincula-

dos a la Secretaría de Educación Distrital, como es el caso de la profesora Sol. En la propuesta se busca dar continuidad al proceso educativo de los niños y niñas hospitalizados en edad escolar, como lo señala la directora del programa de Inclusión e Integración de Poblaciones, uno de los retos centrales es la construcción de un modelo pedagógico que atienda a estas necesidades específicas: “El Diseño de un modelo pedagógico que satisfaga las necesidades de la población escolar en condición de enfermedad. Diseño de estrategias educativas para el manejo de resiliencia, cuidado del cuerpo, el conocimiento de la enfermedad o el abordaje de aprendizajes específicos por campos de pensamiento (Hinestroza, 2015, citado por Martínez, Torres y Álvarez, 2016, pp. 41-45).

Debido a una tutela interpuesta en la década anterior, en mayo del mismo año en el que el Congreso de la República (2010b) aprobó la Ley 1384, cuyo objeto fue disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad de cáncer en niños y adolescentes, garantizando todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral por parte de los

²² Propuesta por la representante a la Cámara Sandra Ceballos Arévalo, quien falleció en 2008 a sus 44 años tras batallar durante seis años contra un cáncer de seno, para declarar el cáncer como un problema de salud pública, y que por ello fuera obligatorio el suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos. La norma dispuso la creación de una red nacional de cáncer y estableció que las EPS y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer.

actores de la seguridad social en salud, aplicando protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en centros especializados habilitados para tal fin.

En 2013, la Presidencia de la República aprobó el Decreto 1470 que reglamentó el Apoyo Académico Especial regulado por las Leyes 1384 1388 de 2010 para la población menor de 18 años. En su artículo 5 definió ese apoyo y un Plan de Apoyo Emocional en establecimientos educativos, privados o no financiados con recursos del Sistema General de Participaciones -pero sin referirse de manera expresa a la pedagogía hospitalaria ni a la formación de profesionales especializados en este campo-, como:

Una estrategia educativa diseñada con el objetivo de garantizar el ingreso o la continuidad en el sistema educativo de la población menor de 18 años que por motivos de exámenes diagnósticos y procedimientos especializados por sospecha de cáncer, o tratamiento y consecuencias de la enfermedad, se encuentren en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Aulas Hospitalarias Públicas o Privadas y no pueden asistir de manera regular al establecimiento educativo.

En agosto de 2017 se expidió el Decreto 1421, por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad, dentro de la oferta educativa pertinente para personas con discapacidad, además de una oferta general, de una oferta bilingüe bicultural para población con discapacidad auditiva y de una oferta de formación a adultos. También se contempla una oferta hospitalaria/domiciliaria y “si el estudiante con discapacidad, por sus circunstancias, requiere un modelo pedagógico que se desarrolle por fuera de la institución educativa, por ejemplo en un centro hospitalario o en el hogar, se realizará la coordinación con el sector salud o el que corresponda, para orientar la atención más pertinente de acuerdo con sus características mediante un modelo educativo flexible” (MEN, 2017, p. 11), orientada por los principios de accesibilidad, acceso a la educación para las personas con discapacidad, acciones afirmativas, ajustes razonables, un currículo flexible, un Diseño Universal del Aprendizaje (DUA), una educación inclusiva, un esquema de atención educativa, una definición del estudiante con discapacidad, la manera como se entenderá la permanencia educativa para las personas con discapacidad y un Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR). Esta educación inclusiva quedó definida así:

(...) es un proceso permanente que reconoce, valora y responde de manera pertinente a la diversidad de características, intereses, posibilidades y expectativas de los niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos, cuyo objetivo es promover su desarrollo, aprendizaje y participación, con pares de su misma edad, en un ambiente de aprendizaje común, sin discriminación o exclusión alguna, y que garantiza, en el marco de los derechos humanos, los apoyos y los ajustes razonables requeridos en su proceso educativo, a través de prácticas, políticas y culturas que eliminan las barreras existentes en el entorno educativo (MEN, 2017, p. 5).

Quienes abogamos por una construcción democrática de la ciudadanía desde la infancia (Espitia, 2006), tendríamos que aprender a distinguir que los procesos de exclusión educativa han intentado ser paliados, inicialmente por la perspectiva de la integración educativa que revisa la existencia de una educación especial segregada para las personas en condición de discapacidad y, más recientemente, por políticas globales y nacionales de la inclusión de las personas con diversidad funcional, un término acuñado por Javier Románach Cabre-ro en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005, que pretende sustituir la concepción negativa de la discapacidad o la minusvalía, sinónimo de enfermedad, deficiencia, parálisis, retraso, etc., asociada a la tradicional visión “normalizante” del modelo médico (Wikipedia, 2020).

Como propone Castro-Gómez (2009), entre una *democracia de la diferencia* y una *democracia de la multiplicidad*, la primera opera con la fórmula multiculturalista de la “inclusión del otro” como “diferencia”, como participante de un modelo mayoritario, de un “mundo” ya previamente construido. El otro puede ser diferente, pero sólo al interior de una oferta plural de mundos construidos de antemano, vacíos de toda singularidad. Esas diferencias multiculturalistas son, en realidad, variaciones de una totalidad, mundos distintos, que en realidad pertenecen al único mundo posible. Aquí las diferencias son ofertas múltiples de vida remitidas a una sola unidad jerárquica. La democracia de la diferencia sería entonces un aparato de captura sobre la multiplicidad de mundos posibles. Por el contrario, en una democracia de la multiplicidad no se trata de la captura de los mundos posibles dentro de modelos mayoritarios, sino, de la *proliferación* de mundos posibles, donde cada mundo no se disuelva en la uniformidad, sino que conserve su singularidad. Aquí ya no se trata de ser diferentes, sino de ser múltiples, de ser *multitud*. Las luchas democráticas no son entendidas aquí como orientadas hacia la “inclusión del otro”, sino hacia la evacuación de los modelos mayoritarios. Son entonces luchas por *devenir-minoría*.

Estudios sobre carga de enfermedad y Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Existe una fuerte correlación entre las

transformaciones macroestructurales del capitalismo global y los indicadores de la carga de enfermedad, un conjunto de estimaciones de morbilidad y mortalidad en las poblaciones que cuantifica de forma comparativa la pérdida del estado de salud, debido a distintas patologías, lesiones y factores de riesgo, medida a través de años de vida, ajustados por discapacidad o AVISAS (*Disability-Adjusted Life Year o DALY*, por sus siglas en inglés). Entre los hallazgos de la *Estimación de la carga de enfermedad*, para Colombia 2010, el país registra disminución por patologías infecciosas y transmisibles, excepto por el incremento del VIH/SIDA, como un aumento del peso de carga por enfermedades crónicas; enfermedades neuropsiquiátricas y la enfermedad hipertensiva (Beltrán, et al., 2014, pp. 91-92). Tales indicadores no son independientes del modelo de desarrollo impuesto por la globalización de menos Estado y más mercado, lo que involucra vivir en una desestructuración de los sistemas tradicionales creados por la modernidad en los países occidentales, un aumento de las desigualdades, un grave deterioro de la calidad de vida de la población infantil, incluso de los países desarrollados, y una continua sociedad del riesgo y la incertidumbre en tanto que las enfermedades infecciosas viajan desde el Sur hacia el Norte y el peligro de desplazamiento del norte hacia el sur, de factores de riesgo mayores para enfermedades no transmisibles (García y Alcántara, 2008). Para Beltrán y colaboradores:

La evidencia demuestra que los pacientes con ECNT no reciben cuidado apropiado, pues aproximadamente la mitad de ellos son diagnosticados, y de ellos, solo la mitad son tratados. En promedio, solo una de diez condiciones crónicas es tratada satisfactoriamente debido, entre otras cosas, a las dificultades en el acceso al cuidado médico y barreras financieras. (Beltrán, et al., Op cit., p. 92)

La Política de Atención Integral en Salud reconoció que la carga de enfermedad fue medida en el país por última vez en 2010:

Este estudio mostró una carga de enfermedad dominada por la enfermedad crónica y con menor participación proporcional de las lesiones por causa externa y las enfermedades transmisibles. Cuando se evalúa el conjunto de causas de mortalidad dominantes por zona geográfica, se evidencian profundas diferencias en el comportamiento epidemiológico. En las zonas más desarrolladas con mayor grado de transición epidemiológica, las enfermedades crónicas son dominantes; en las regiones con mayor afectación del conflicto armado dominan las lesiones de causa externa; en las áreas menos pobladas y selváticas las enfermedades transmisibles aún monopolizan la carga y, finalmente, en las zonas con mayor concentración de pobreza y en Bogotá, las enfermedades materno-infantiles afectan el comportamiento epidemiológico. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, pp. 10-11).

Además de la carga de enfermedad, otra metodología que contribuye a tomar decisiones, y a formular políticas, son las condiciones sociales en que viven y trabajan las personas, conocida como *Determinantes Sociales de la Salud*. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2006), una sociedad justa proporciona alto grado de libertad a todos sus miembros, lo que implica que las desigualdades de salud en sí mismas no son intrínsecamente problemáticas, ya que las desigualdades serían el resultado de elecciones libres de una persona. Tal enfoque funcionalista de la sociedad privilegia la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación, así como una postura de justicia liberal redistributiva basada en que el individuo desarrolla capacidades o funcionamientos valiosos al decidir libremente sobre su salud y enfermedad. Las políticas en salud compensarían o favorecerían la recuperación de tal libertad individual, de allí la aceptación de la lógica de los subsidios condicionados para corregir los comportamientos individuales.

En contraste, el enfoque de las *Determinación Social de la Salud*²³ asume la sociedad como una totalidad irreductible a la dinámica

individual, pues suscribe una perspectiva conflictiva de la sociedad, lo que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en medio de una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Al no privilegiar ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la determinación social de la salud tanto modos de vida como procesos de producción, reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general, pues los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente, sino que están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestos por un todo social, por tanto, el modelo de los Determinantes Sociales en Salud invisibiliza las fuerzas en tensión y las desigualdades sociales en las relaciones de poder y dominación de la sociedad. Las inequidades en salud están correlacionadas con las bases estructurales del modelo de acumulación capitalista y,

(...) al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global. Por ello, la

²³ La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada especialmente por el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social (MLMS), que desarrolló una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y que propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir. (Cf. Breilh, 2013)

participación política de los sujetos en las relaciones de poder es esencial para identificar los procesos de transformación social y para construir efectivos procesos de emancipación. (Morales Barrrero, et al., 2013, p. 802).

Para prevenir y controlar las ECNT, la Organización Mundial de la Salud (2012) recomienda desarrollar intervenciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables sustentados en marcos explicativos “ecológicos” o multidimensionales, porque son múltiples los actores, las instituciones, los sectores y las organizaciones que inciden en diferentes niveles de la sociedad para generar contextos socioeconómicos y culturales, que favorecen los comportamientos y estilos de vida riesgosos. Por tanto, las intervenciones deben efectuarse en forma simultánea afectando las *diversas determinaciones sociales de la salud* (Morales y Eslava, 2015) con el fin de reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo que comparten la mayoría de ellas.

Saludito
Cuida y aprende de tu vida

Bogotá, D.C. – Colombia. Fundación Universitaria Monserrate, noviembre de 2014, No. 0

Índice	
Editorial	1
Un Saludito Doctor	2
Arte y cultura	4
Medio ambiente	8
Juegos y deportes	10
Fotografía	14
La familia	15
Creditos	16

Editorial

Esta revista es una publicación distinta a un periódico; no se centra en los noticias de actualidad, sino que busca o "vuelve a ver" los acontecimientos de una manera más especializada, con mayor detenimiento y análisis, abordando temas que los periódicos no tratan.

La revista **Saludito** es una propuesta del proyecto de comunicación educación que realiza la práctica educativa del Programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate con los niños, niñas, jóvenes en situación y condición de enfermedad en la Fundación HUM, involucra también algunos elementos de una primera caracterización de los "niños" que está construyendo el Programa de Trabajo Social de nuestra universidad en esta institución hospitalaria.

Aunque **Saludito** haya surgido en un hospital, no se enfoca en mostrar a enfermedad, el dolor, ni el sufrimiento de las personas, por el contrario, destaca las potencialidades creativas, los valores y la capacidad de superación de las dificultades de nuestros niños y niñas, así como las prácticas de cuidado y de coexistencia de los familiares por sus hijos y parientes, como también la calidad de la atención y el trato que les dispensan a todos ellos los profesionales de la salud y el personal administrativo y de servicios de la Fundación HUM.

Así que **Saludito** contribuye a crear espacios de expresión de las experiencias y vivencias de quienes integramos a comunidad hospitalaria de HUM.

El tema de **Saludito**: cuida y aprende de tu vida, llama la atención sobre la importancia de practicar la hospitalidad, el acogimiento y el acompañamiento de los niños y niñas, cualquiera que sea su condición; porque nuestros niños siempre representarán la posibilidad de poder iniciar algo nuevo con ellos, como recién llegados que son a este mundo.

Para esto necesitamos prestar atención al trabajo de cuidado, asistencia y aprendizaje que tenemos que hacer para conservarlos, pero también para que otros y otras se mantengan sanos, pero sobre todo, vivos. La vitalidad entraña una responsabilidad de largo plazo con nosotros, con los otros y con el mundo, de la que muchas veces nos olvidamos por los riesgos de enfermedad y desahucio que corremos.

De igual manera, aprender de nuestra propia vida invita a que los adultos nos despojemos de nuestra máscara de "experiencia" con la que ubicamos a los niños y jóvenes en la "responsabilidad". Tal vez la mejor forma de vitalizar nuestra existencia sea re-unir a la situación hospitalaria de que nuestro saber está conculcado. Hará no envejecer tempranamente, rejuvenecer y ser creativos, necesitamos ser capaces de aprender permanentemente, lo que implica desaprender y reaprender recordando qué queríamos ser cuando éramos niños, a fin de preguntarnos por qué estamos aquí y qué es lo que vinimos a hacer en este mundo.

Un Saludito Doctor
Unusquisque

Fuente: Unimon serrate

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?, en Sociológica, Año 26, No. 73, mayo-agosto, pp. 249-264. Recuperado de <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>
- Ajuriaguerra, J. y Arana, J. (1990). Psicología clínica del niño. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre, pp. 200-202.
- Álvarez, M.C.; Correa, J. M.; Deossa, G.C.; Estrada, A.; Forreo, Y.; Gómez, L. F.; Manjarrés, L. G. y Samper, B. (2006). Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN 2005. Bogotá: ICBF – Profamilia – Instituto Nacional de Salud – Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia – Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ensin/202005.pdf>
- Aparici, R.; García Matilla, A.; Campuzano y Ferrés, J. (2010). La educación mediática en la escuela 2.0. Madrid: Instituto de Tecnología Educativa (ITE) – Ministerio de Educación de España, julio. Recuperado de <http://antoniocampuzano.es/wp-content/uploads/2015/04/La-Educaci%C3%B3n-Medi%C3%A1tica-en-la-Escuela-2.0.pdf>
- Ariès, P. (1987). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Madrid: Taurus.
- Bárcena, F. y Melich, J.-C. (2000). La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bartolomé Pina, A. (2004). Blended learning. Conceptos básicos, en Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación, No. 023, mayo, pp. 7-20. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/368/36802301.pdf>
- Beillerot, J. (1998). Los saberes, sus concepciones y su naturaleza, en Beillerot, J.; Blanchard-Laville, C. y Nicole Mosconi, N. Saber y relación con el saber. Buenos Aires: Paidós, pp. 19-42.
- Bohm, D. (1997). Sobre el dialogo. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.
- Bordin, T. (2000). O cuidado que influencia o ser em desenvolvimento a enfermagem, a criança e a família na sala de vacinas, em Texto & Contexto Enfermagem, 9 (2), pp. 683-698. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/78855>
- Breith, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), en Revista Facultad Nacional Salud Pública, 31 (supl. 1): S13-S27. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-279.pdf>
- Buckingham, D. (2002). Crecer en la era de los medios electrónicos: tras la muerte de la infancia. Madrid: Morata – Fundación Paideia.

- (2005). Educación en medios: alfabetización, aprendizaje y cultura contemporánea. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Cabero Almenara, J. y Gisbert Cervera, M. (2005). La formación en Internet: guía para el diseño de materiales didácticos. Sevilla: Editorial MAD, S.L.
- (2006). Bases pedagógicas del e-learning, en: Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, RU&SC, Vol. 3, No. 1, abril. Recuperado de <https://rusc.uoc.edu/rusc/es/index.php/rusc/article/view/v3n1-cabero.html>
- Castro-Gómez, S. (2009). Noopolítica y sociedades de control: las subjetividades contemporáneas en Mauricio Lazzarato, en Martínez Posada, J. E. y Neira Sánchez, J. E. Cátedra Lasallista. Miradas sobre la subjetividad. Bogotá: Universidad de La Salle, pp. 21-38.
- (2011). La educación como antropotécnica, en Cortés Salcedo, R. A. y Marín Díaz, D. L. (comps.), (2011). Gubernamentalidad y educación. Discusiones contemporáneas. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico - IDEP, pp. 9-15.
- Cebrián, M. (coord.), (2003). Enseñanza virtual para la innovación universitaria. Madrid: Narcea.
- Chan, M. (2013). Discurso de apertura en la OMS. Helsinki, 10 de junio. Recuperado de <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2013/07/Discurso-apertura-8/C2/AA-Conferencia-Mundial-de-Promoci/C3/B3n-de-la-Salud-Helsinki-2013.pdf>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2006). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/thecommission/final-report/es/
- Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1384, en Diario Oficial 47685, 19-abr. Recuperada de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>
- (2010) Ley 1388, "Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia", en Diario Oficial No. 47721, 26-may. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html
- (2016). Ley 1804, 2-ago., "por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30021778>
- Concejo de Bogotá D.C. (2010). Proyecto de Acuerdo No. 125 de 2010, por medio del cual se implementa el servicio de apoyo escolar para niños en hospitalización en el Distrito Capital.
- Defensoría del Pueblo (2011). Segundo Informe del Derecho Humano a la Educación. Bogotá: Defensoría del Pueblo - Programa de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. Recuperado de https://www.academia.edu/1879440/Segundo_Informe_del_Derecho_Humano_a_la_Educaci/C3/B3n_en_Colombia

- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo?, en, Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, pp. 155-163.
- Deleuze, G. (2008). ¿Qué es un dispositivo?, en David Lapoujade (org.), Dos regimenes de locos (textos y entrevistas, 1975-1995). Valencia, Pre-textos, pp. 305-312.
- (2014). El poder. Curso sobre Foucault. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Cactus.
- Díaz Barriga, Á. (2013a). Guía para la elaboración de una secuencia didáctica, en Revista UNAM, Vol. 10, No. 4. Recuperado de http://www.setse.org.mx/ReformaEducativa/Rumbo/20a/201a/20Primera/20Evaluaci/C3/B3n/Factores/20de/20Evaluaci/C3/B3n/Pr/C3/Alctica/20Profesional/Gu/C3/A-Da-secuencias-didacticas_Angel/20D/C3/ADaz.pdf
- (2013b). Secuencias de aprendizaje. ¿Un problema del enfoque de competencias o un reencuentro con perspectivas didácticas?, en Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, Vol. 17, No. 3, pp. 11-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56729527002>
- Díaz R. y Freire, J. (2012). Educación expandida. Sevilla: Zemos98 - Gestión Creativo Cultural. Recuperado de http://www.zemos98.org/descargas/educacion_expandida-ZEMOS98.pdf
- Doval Ruiz, M. I. (2002). Claves y tendencias en la pedagogía hospitalaria, en Educación, Desarrollo y Diversidad, Vol. 5, No. 2, pp. 9-58.
- El País (2010). Schank: "El 'e-learning' actual es la misma basura, pero en diferente sitio", jueves 25 de febrero, disponible en: https://elpais.com/diario/2010/02/25/ciberpais/1267068270_850215.html
- El País.com.co (2014). El 53 % de las muertes entre 1998 y 2011 eran evitables: Observatorio Nacional de Salud, julio 4. Recuperado de: <https://www.elpais.com.co/colombia/el-53-de-las-muertes-entre-1998-y-2011-eran-evitables-observatorio-nacional-de-salud.html>
- El Tiempo (2014). Por muertes tempranas se perdieron 63,7 millones de años de vida", 4 de julio. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14203716>
- Espitia Vásquez, U. I. (2006). ¿Instituir ciudadanía desde la niñez?, en Nómadas, No. 24, abril, pp. 225-237. Recuperado de http://nomadas.ucentral.edu.co/nomadas/pdf/nomadas_24/24_I8E_Instituirciudadaniadesdelaninez.pdf
- ; Barrera Aldana, N. M. e Insuasti Coral, C. A. (2013). La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI, en Hojas y Hablas, No. 10, octubre de 2013, pp. 70-90. Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria Monserrate. Recuperado de <http://revistas.unimonserrate.edu.co:8080/hojasyhablas/article/view/13>
- y Barrera Aldana, N. M. (2018). "Habitaciones, pasillos y salas de espera: no-lugares para la pedagogía hospitalaria", en Colegio de Arquitectos de Galicia. LUDANTIA. I Bienal Internacional de Educación en Arquitectura para la Infancia e a Mocidade. Pontevedra 2018. Coruña: Xaniño, Diseño Gráfico

- HEGOA, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (2006). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud del Ministerio del Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Informe 3 Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
- Kohan, W. (2004). Infancia. Entre educación y filosofía. Buenos Aires: Editorial Laertes.
- _____. (2005). "Notas filosóficas sobre (la educación) de la infancia en tiempos de globalización", en: Bernales Alvarado, Manuel y Lobosco, Marcelo (comps.), Filosofía, educación y sociedad global. Buenos Aires: Ediciones del Signo, pp. 51-60.
- Larrosa, J. (2013). La experiencia de la lectura. Estudios sobre literatura y formación. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lazzarato, M. (2007). Las técnicas de gobierno, en La filosofía de la diferencia y el pensamiento menor. Bogotá: Universidad Central-IESCO, Fundación Comunidad, pp. 73-104.
- Lewin, K. (1992). La investigación-acción y los problemas de las minorías, en Salazar, M. C. (coord.). La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos. Madrid: Editorial Popular S. A, pp. 13-26.
- Miñana Blasco, C. (edit.), (2002). Interdisciplinariedad y currículo: construcción de proyectos escuela-universidad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Programa RED.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá D.C., enero, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Morago, J. M.; Martínez Cabeza, R. y Mata Fernández, E. (2011a). Viaje a mi historia: libro de vida. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social - Junta de Andalucía. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78029.html>
- _____. (2011b). Viaje a mi historia: libro de vida. Instrucciones para su utilización. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social - Junta de Andalucía. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3370
- Masschelein, J. y Simons, M. (2014). En defensa de la escuela. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Martín-Barbero, J. (1990). De los medios a las prácticas, en Martín-Barbero, J. y Orozco, G. La comunicación desde las prácticas sociales: reflexiones en torno a su investigación. México: Universidad Iberoamericana, pp. 9-18. Colección: Cuadernos de comunicación y prácticas sociales; I.
- Martínez Rivera, Carmen Alicia; Torres Amado, Lucy y Álvarez Vargas, Elda Estella (2016). "2. Aulas vivas y aulas hospitalarias: dos propuestas alternativas

de enseñanza de las ciencias", en Martínez Rivera, Carmen Alicia (comp.). El conocimiento profesional de los profesores de ciencias sobre el conocimiento escolar: dos estudios de caso, en aulas vivas y aulas hospitalarias del Distrito Capital de Bogotá. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Doctorado Interinstitucional en Educación - DIE, Serie Investigaciones No. 8, recuperado a partir de: http://die.udistrital.edu.co/publicaciones/capitulos_de_libro/aulas_vivas_y_aulas_hospitalarias_dos_propuestas_alternativas_de

Martín Serrano, M. (1977). La mediación social. Madrid: Akal.

Ministerio de Educación Nacional (2013). Ley 1618, "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad", febrero 27. Recuperado de <http://discapacidadcolombia.com/index.php/legislacion/145-ley-estatutaria-1618-de-2013>

----- (2017). Decreto 1421 "Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad", 29 de agosto. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO/201421/20DEL/2029/20DE/20AGOSTO/20DE/202017.pdf>

Ministerio de Educación Nacional (2009). "Mineducación lanza campaña Ni Uno Menos para promover el acceso y la permanencia escolar", 17 de noviembre, disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-209104.html>

----- (2012). Las 10 preguntas sobre la deserción escolar en Colombia. Recuperado de https://www.academia.edu/8069229/Las_10_preguntas_sobre_la_deserci/C3/B3n_escolar_en_Colmbia

Ministerio de Salud y la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (2010). Estilos de vida saludable y enfermedades crónicas no transmisibles. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónica no transmisibles. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana - Minsalud - OPS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>

----- (2014a). Decreto 903, 13-may. "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>

----- (2014b). Resolución 2082, 29-may. "Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud". Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf>

----- (2014c). Resolución 2427, 17-jun. "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci:c3/b3n:202427/20de:202014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá D.C.: Minsalud, enero. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

- & Web, abril, ISBN; 978-84-967_2-61-4. Colombia País Invitado/ Apropiación de Cidade. Territorios, espacios e recorridos de innovación pedagógica, pp. 472-475. Recuperado de https://issuu.com/colexiooficialdearquitectosgalicia/docs/ludantia_i_bienal_actas_web.
- Fals Borda, O. (2008). Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación Acción Participativa), en Nicolás Armando Herrera Farfán y Lorena López Guzmán (comps.), (2012). Ciencia, compromiso y cambio social. Orlando Fals Borda. Buenos Aires: El Colectivo - Lanzas y Letras - Extensión Libros, pp. 265-282.
- Foucault, M. (1977). El juego de Michel Foucault, en: Saber y verdad, Madrid: Las Ediciones de la Piqueta, pp. 127-162.
- _____ (1985). La arqueología del saber. México: Siglo Veintiuno Editores.
- _____ (1988). El sujeto y el poder, en Revista Mexicana de Sociología, Vol. 50, No. 3, julio-septiembre, pp. 3-20. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/3540551?seq=1#page_scan_tab_contents
- _____ (1991). La función política del intelectual. Respuesta a una cuestión, en: Saber y verdad. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta, pp. 47-74.
- _____ (1996). Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI.
- Fundación HOMI (2013). Fundación HOMI inauguró CAI para pacientes pediátricos con cáncer, junio. Recuperado de <http://www.elhospital.com/temas/Fundacion-HOMI-inauguro-CAI-para-pacientes-pediatricos-con-cancer+8092451>
- Galtung, J. (2003). Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización. Bilbao: Gernika Gogoratuz.
- García Samaniego, F. y Alcántara Moreno, G. (2008). Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad, en Provincia, No. 20, pp. 35-64. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/26267/articulo2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González Navas, M. D. (2014). Violencia e inequidad social: un problema serio de salud pública, en Desde Abajo. La otra posición para leer, 1^o de septiembre. Recuperado de <https://www.desdeabajo.info/colombia/24507-violencia-e-inequidad-social-un-problema-serio-de-salud-publica.html>
- Grupo de Investigación en Pedagogía Hospitalaria (2014). Trabajo educativo flexible apoyado en TIC, con niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad, y sus familias. Bogotá, D.C.: Fundación Universitaria Monserrate, Programa de Licenciatura en Educación Preescolar.
- Gutiérrez Porlan, I. (2011). Competencias del profesorado universitario en relación al uso de tecnologías de la información y comunicación: análisis de la situación en España y propuesta de un modelo de formación. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, Tesis doctoral. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/52835>
- Guzmán, G.; Alonso, A., Pouliquen, Y. y Sevilla, E. (1994). Las metodologías participativas de investigación: el aporte al desarrollo local endógeno. Córdoba: Instituto de Sociología y Estudios Campesinos, ETSIAM.

- (2012). Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud-OMS. Recuperado de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Enfermedades no transmisibles, Página Web, 1º de junio, recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Orozco, G. (2002). Recepción y mediaciones. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Piñeros, M. y Pardo, C. (2010). Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, en Revista de Salud Pública [online], Vol.12, No. 6, pp. 903-914. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000600003&lng=pt&nrm=iso
- Prieto, D. y Gutiérrez, F. (1999). La mediación pedagógica. Buenos Aires: Ediciones Ciccus - La Crujía.
- Presidencia de la República (2010). Decreto 2376, 1-jul., "Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud". Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO/202376/20DE/202010.pdf
- (2013). Decreto 1410, 12-jul. "Por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010 para la población menor de 18 años". Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/JULIO/12/DECRETO/201470/20DEL/2012/20DE/20JULIO/20DE/202013.pdf>
- (2017). Decreto 1421, 29-ago. "Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad". Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO/201421/20DEL/2029/20DE/20AGOSTO/20DE/202017.pdf>
- Reyes, Á. y Ortiz, L. M. (2008). Análisis documental en torno a la pedagogía hospitalaria. Bogotá: Fundación Universitaria Monserrate - Fundación Telefónica.
- Revista Semana (2016). El drama de los niños con cáncer, Sección Salud, 11-ago. Recuperado de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/ninos-con-cancer/504873>
- Riopelle, L.; Grondin, L. y Panheuf, M. (1993). Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. México: McGraw-Hill, p. 12.
- Rodríguez Ibarra, A. C.; Ruiz Suárez, R. Y. y Restrepo Forero, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el Hospital de la Misericordia, en Revista Colombiana de Psicología, Vol. 13, No. 1, pp. 90-101. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1212>
- Rufino, M.; Blasco, T.; Güell, E.; Ramos Ruiz, A. y Pascual, A. (2010). Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos, en: Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, Vol. 7, No. 1, pp. 99-108. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/>

- (2016b). Resolución 429, 17-feb. "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud". Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci/C3/B3n/200429/20de/202016.pdf
- (2016c). Resolución 6055, 6-dic. "Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud". Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-6055-de-2016.pdf>
- (2017). Resolución 346, 17-feb. "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-346-de-2017.pdf>
- (2018). Resolución 5095, 19-nov. "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.I". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>
- Morales Borrero, C.; Borde, E.; Eslava-Castañeda, J. C. y Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas, en Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública [online], Vol. 15, No. 6, pp. 797-808. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2013.v15n6/810-813/es>
- y Eslava, J. C. (eds.), (2015). Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario inter-universitario de determinación social de la salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), Facultad de Medicina, Facultad de Odontología.
- Morales Manchego, Martha (2015). "Por cada colombiano hay \$ 7,5 millones de deuda pública", El Tiempo, 15-jul., Recuperado de <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16101455>
- Moro Abadía, Ó. (2003). ¿Qué es un dispositivo?, en Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, No. 6, pp. 29-46. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Empiria-2003-7BF2AF98-D511-EFDB-9E25-1ICA8A4F40C4&dsID=Documento.pdf>
- Noreña Peña, A. L. y Cibanal Juan, L. (2008). El contexto de la interacción comunicativa: factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados, en Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades, No. 23, pp. 70-79. Recuperado de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2008-n23-el-contexto-de-la-interaccion-comunicativa-factores-que-influyen-en-la-comunicacion-entre-los-profesionales-de-enfermeria-y-los-ninos-hospitalizados>
- - UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), (2014). Levels & Trends in Child Mortality. Country-specific neonatal mortality rate, September, pp. 16-24. Recuperado de https://www.unicef.org/media/files/Levels_and_Trends_in_Child_Mortality_2014.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf

article/view/PSICIOIOI20099A

Runge Peña, A. K (2012). El pensamiento pedagógico y didáctico de Juan Amós Comenio: su papel en la pansofía triádica, en Pedagogía y saberes, No. 36, pp. 93-107.

Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5364950>

----- (2013). Didáctica: una introducción panorámica y comparada, en Itinerario Educativo, Año XXVII, No. 62, julio-diciembre, pp. 201-240. Recuperado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Itinerario/article/view/1500/1271>

----- (2018). Conferencia: Didáctica e Investigación sobre la enseñanza, en Facultad de Educación – Universidad de Antioquia, video en YouTube, 31-ago., 1:05:57 min. Recuperado de https://youtube.be/OmEG_9mVtxc

Secretaría Distrital de Salud (2012). Plan territorial de salud de Bogotá 2012-2016. Bogotá: SDS, mayo. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Antece-dentes/20Normativos/PLAN/20TERRITORIAL/20DE/20SALUD/20MAYO/202012/2002.pdf>

Sierra Rodríguez, P. (1999). Calidad de vida en el niño hospitalizado, en: Pediatría, 34 (2), pp. 129-136. Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatrica/vp-342/pediatrica34299_calidad28/

Universidad Central – IESCO (2009). Nómadas. Plataforma interactiva. Ediciones 1-30. Bogotá: Universidad Central – IESCO, CD ROM, ISBN: 1217550

Urdinola, P. (2018). Urge aprovechar el bono demográfico que tenemos. (Cinco apuntes sobre el Censo 2018), en UN Periódico, 4-oct. Recuperado de <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/urge-aprovechar-el-bono-demografico-que-tenemos-cinco-apuntes-sobre-el-censo-2018/>

Vélez, Marcela (2008). Salud: negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia. Bogotá: Ediciones Aurora.

Vizcaíno, M.; Lopera, J.E.; Martínez, L.; De los Reyes, I.; Linares, A., y Participantes GPC Linfomas en Niños (2016). Guía de atención integral para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de leucemia linfóide aguda en niños, niñas y adolescentes, en Revista Colombiana de Cancerología, 20(1): 17-27. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v20n1/v20n1a04.pdf>

Waxman A. (2003). Prevention of chronic diseases: WHO global strategy on diet, physical activity and health, in Food Nutr Bull, sep; 24 (3), pp. 281-284.

Wikipedia (2020). Diversidad funcional. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Diversidad_funcional



Uriel Ignacio Espitia Vásquez

Capítulo 8



Genealogía y devenir de la hospitalidad y de las éticas del cuidado

Presentación

Este capítulo rastrea los inicios de la hospitalidad -que en la “pedagogía hospitalaria” resulta ser un lugar común y un título genérico para nombrar el trabajo educativo que numerosas universidades, fundaciones y diversos actores realizan en los hospitales. Como se ha subrayado en capítulos anteriores, en el ámbito latinoamericano estas acciones involucran un circuito para-hospitalario conformado por asociaciones, fundaciones, albergues y casas de paso, por donde también transita la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes enfermos, acompañados de sus familias y cuidadores.

También se precisó que este proyecto fue desarrollado por el grupo de investigación en pedagogía hospitalaria de la Escuela de Educación de la Fundación Universitaria Monserrate - Unimonserate, entre el segundo semestre 2014 y el primer semestre de 2015. Consistió en una revisión documental, empleando una perspectiva genealógica, con miras a saber cómo emergieron y se han resignificado en la literatura académica de distintos periodos estos principios éticos. Participaron como asistentes de investigación las profesoras del programa de Licenciatura en Educación Preescolar: Diana Alexandra Ariza Vanegas y Johanna Marcela Sánchez Buitrago.

Metodológicamente, se construyó una cartografía documental con el siguiente procedimiento: a) búsqueda y detección de documentos pertinentes en distintos *sistemas de información* (físicos y digitales); b) consulta y obtención de fuentes de información útiles para recabar la información documental que demanda el estudio (fichas bibliográficas, hemerográficas, de archivos personales e institucionales, de repositorios digitales y de otros sitios Web); c) clasificación de los documentos (fuentes primarias o principales y secundarias o complementarias); d) diligenciamiento de Resúmenes Analíticos Especializados, RAE en el gestor bibliográfico Zotero; e) sistematización de información mediante un análisis e interpretación de los RAE, precisando tendencias en función de un sistema de categorías previas y emergentes y; f) redacción de informes de avance y escritura de un texto final.

A través de esta revisión documental, la hospitalidad se revela como una práctica cultural de acogida y una ética que está, o debiera estar, en la base de las prácticas de la “pedagogía hospitalaria” y en instituciones como los hospitales, hospicios y asilos. Esta práctica social fundamentó los inicios de la industria del turismo asociada a los hoteles, hostales, albergues y pensiones. El cuidado hospitalario también resulta medular para carreras como la Enfermería, el Trabajo Social y la Psicología.

En las tradiciones espirituales cristianas, católicas, islámicas y budistas, la hospitalidad aparece vinculada a valores como la caridad, la misericordia y la compasión. Las prácticas de hospitalidad fueron el origen de numerosas órdenes religiosas medievales europeas, afines a una ley de la hospitalidad universal, que debe dispensarse al necesitado, al enfermo, al extranjero, al expósito, al peregrino, al migrante, al turista, al refugiado, e incluso al asilado político, para que ninguna de estas figuras de la alteridad tema por la hostilidad de sus eventuales huéspedes.

El gobierno humanitario en la pedagogía hospitalaria

Al reconocer la hospitalidad como un atributo relacionado con la acogida del otro, este trabajo investigativo en pedagogía hospitalaria perfila otras condiciones para el trabajo educativo desarrollado con niños, niñas, adolescentes y jóvenes enfermos, hospitalizados y en tratamiento, junto a sus familias y cuidadores principales. Se impulsa así una fundamentación ético-política para nuestras prácticas educativas y las de otros educadores que también estén interesados en profundizar y practicar la *hospitalidad*, entendida como una manifestación de las éticas del cuidado y la compasión contemporáneas.

Todos sabemos que la educación es un proceso de aprendizaje durante toda la vida y que no solo tiene lugar en las instituciones escolares sino que puede ocurrir en cualquier momento y en cualquier lugar. Entonces ¿por qué o cómo se puede aprender y reaprender recordando y recreando nuestra infancia en un hospital? ¿Qué tipo de experiencias pueden favorecer que los niños creen sus sueños y los adultos los recuerden?

Con estas reflexiones iniciamos esta aventura, con la esperanza de ir descubriendo.

Por último, nuestro héroe **Saludito** se inspiró en el niño Enrique Montalvo, quien actualmente lucha valientemente contra la enfermedad. Él asistió a la mayor parte de los talleres que realizamos este semestre los días cocados en el cuarto piso del hospital, algunas veces acompañado de su mamá, otros de su papá, de sus tíos o de su madrina.

¡Un **Saludito** de valor para él y los suyos!



Zonotrichia querio (Zonotrichia querio)



Dendroica coronata (Dendroica coronata)



Mniotilta varia (Mniotilta varia)

Un saludito doctor



Entrevista al doctor Luis Eduardo Alvarado, encargado de Casita Nacho en la Fundación HOMI.

Soy médico general, especializado en Gerencia Hospitalaria. Llegué a Hospital Nacho hace unos 7 u 8 años como Coordinador de Consulta. Extremadamente me gusta el trabajo, en la parte asistencial desde que abrí el servicio de Casita Nacho, haciendo los turnos de fines de semana.

La idea de Casita Nacho se inició hace unos 7 u 8 años, el nombre inicial era Hotel Nacho. Lo idea era tener un sitio con una infraestructura un poco mejor, porque la infraestructura del hospital es muy buena, pero si una infraestructura un poco más acogedora y cómoda, porque los

corredores son más amplios, los baños son más amplios que el resto del hospital, la idea era dar unos cuantos a la medicina prepagada. Rápidamente, a los niños con medicina prepagada, que era una necesidad en ese momento porque estaban nacientes por la misma razón en que

Tras toda búsqueda de conocimiento, reposan motivaciones valorativas o hechos morales, por tanto, la investigación historiográfica –y en general la investigación social y educativa– suponen una toma de posición, la asunción de una perspectiva, así uno quiera alejarse de sus valores lo que más pueda, porque la historiografía, la investigación y la propia educación, son producidas en medio de un juego de voluntades de poder del campo social donde estamos inscritos. Al historiador, al investigador y al educador, por ética profesional, nos corresponde explicitar cuáles de nuestras aseveraciones se siguen de deducciones lógicas y cuáles son valoraciones prácticas propias, sabiendo que, en cualquier caso, lo valorativo o lo moral subyace a todo esfuerzo de conocimiento. Por tanto, se descarta tanto la búsqueda a priori de un sentido objetivo en la historia, como de una historia orientada hacia el progreso.

La “pedagogía hospitalaria” articula intereses, perspectivas, posibilidades y limitaciones de lo educativo en las instituciones del sector de la salud. Se presupone que las prácticas de la Medicina, la Enfermería, las Terapias y de otras Ciencias Humanas y Sociales interpretan las necesidades de salud de las personas como parte clave de su hacer; no obstante, sus modos de obrar operan en realidad sobre las desigualdades sociales que, en este caso, son conexas con el debilitamiento

del sistema público de salud por un fortalecimiento neoliberal de los negocios del aseguramiento en salud, que se expresa en un selectivo proceso de acceso a la salud, demoras en la asignación de citas, citas con especialistas, autorizaciones para tratamientos y cirugías, lo cual repercute en la negación del derecho a la salud y del derecho a la vida, un incremento exponencial de derechos de petición, de tutela e incidentes de desacato palpable en la crisis del sistema de salud colombiano y en la corrupción administrativa de ciertos hospitales.

La Ley 100 de 1993 convirtió a la salud en una mercancía, lo que generalizó una competencia de los inversionistas privados para capitalizar ganancias con sus transacciones en detrimento de la atención en salud, del bienestar y de la satisfacción de los ciudadanos, contradiciendo el derecho a la salud y los principios de equidad y solidaridad en las propuestas de la atención primaria (Vélez, 2008).

Las consecuencias de este modelo fueron un detrimento para la salud, el bienestar y la satisfacción de los ciudadanos, contradiciendo el derecho a la salud y los principios de equidad y solidaridad en las propuestas de atención primaria, ya que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) pagan a los prestadores de los servicios las tarifas más bajas para acceder a las ganancias de tales transacciones, restringen su acceso, limitan

la autonomía médica, evaden la escasa regulación del Estado y manipulan las leyes, decretos y resoluciones para que estén en consonancia con sus intereses. También niegan servicios a los pacientes, lo que ha hecho que la población asegurada recurra con frecuencia a la acción de tutela para acceder a los servicios de salud que el sistema le desconoce. Las transformaciones en los modelos de atención redujeron el acto médico a la relación contractual en el marco de un paquete predefinido de diagnósticos y procedimientos, privilegiando la contención de costos sobre la calidad de los servicios. (Vélez, Op cit.)

Tan grave es la situación, que el Informe 3 Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011 reconoció que:

Durante el periodo 1998-2011 se reportaron en Colombia un total de 2'677.170 muertes, 1'427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables. Las tasas de mortalidad general y evitable disminuyeron a lo largo del periodo. La proporción de causas evitables de muerte pasó de 58% en 1998 a 47% en 2011. La mayor proporción de las muertes evitables se encontró en los grupos de enfermedades no transmisibles y lesiones. Por subgrupos de causas de muerte (23 subgrupos incluyendo No GBD), las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte, seguido por neoplasmas y lesiones intenciona-

les. De acuerdo con el grupo de edad, las muertes evitables se concentraron en los menores de 5 años y en los grupos de 65 a 74. Las tasas de mortalidad evitable más altas se reportaron en Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Caquetá; mientras Amazonas, San Andrés y Providencia, Chocó, Córdoba, La Guajira, Nariño, Sucre y Vaupés reportaron las tasas más bajas (Instituto Nacional de Salud, 2014, p. 6)

De todas las muertes evitables durante los 14 años del estudio, se encontró que el 68% de ellas se presentó durante, o antes de la edad productiva. “Para ponerlo en términos de costos, los analistas calcularon que estas pérdidas prematuras pudieron costarle al país entre 142 y 266 billones de pesos del 2012” (El Tiempo, 4 de julio de 2014).

Las entidades territoriales con mayores costos fueron Antioquia con entre \$25,2 y \$47,1 billones, Valle del Cauca con entre \$19,1 y \$35.7 billones y Bogotá con entre \$15,7 y \$29,3. Las causas que más costo generaron al bolsillo de los colombianos, fueron las lesiones con el 61%, seguidas por las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales con un 20% y finalmente las enfermedades no transmisibles con el 19% restante. Entre las lesiones, la mayor parte se generó por agresiones con arma de fuego. También se encontró que el número de muertes de madres gestantes o lactantes fue

más alto en los municipios donde la pobreza es también mayor. En el caso de niños y niñas en durante la primera infancia, se asoció a factores individuales como el sexo, la educación de la madre y el número de meses gestantes y de lactancia materna. El informe concluye que la reducción en la tasa de mortalidad durante los 14 años del estudio se debe a que la mortalidad evitable también se redujo (...) Las desigualdades sociales, tanto entre las regiones, como dentro de una misma región, también fueron presentadas como uno de los factores que más generan muertes, que hubieran sido evitables de contar no solo con los medios adecuados, sino también con la voluntad del personal de atención" (El País, 4 de julio de 2014).

La mortalidad evitable que, según la definición del Instituto Nacional de Salud es “aquella muerte que, dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento” (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2014, p. 1), también es un indicador del éxito o fracaso de las políticas sanitarias en un determinado periodo.

Según el doctor Román Vega, profesor titular de los Posgrados en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, estas cifras son tomadas de una de nuestras épocas más violentas: “la época donde se reportó un alto número de ma-

sacres en la población rural, la época de los asesinatos selectivos. Pero es también periodo de altas cifras de pobreza. Lo que genera un debate serio para la salud pública: si la guerra se acaba en Colombia la reducción de la mortalidad evitable va a ser tremenda en este país” (González, 2014, párr. 7).



Figura 7

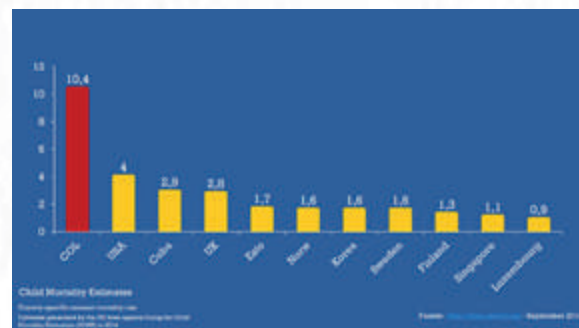


Figura 8

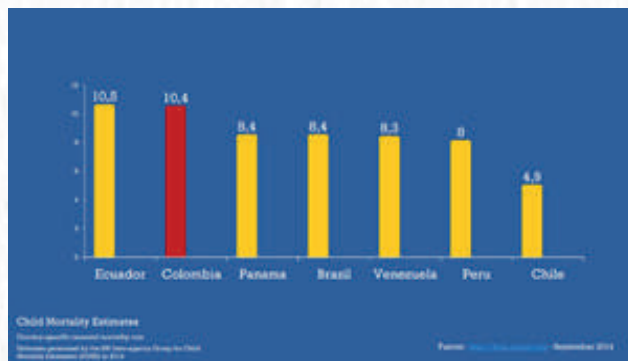


Figura 9

Cifras comparadas de Colombia y otros países en Child Mortality Estimates Country-specific neonatal mortality rate.

Fuente: ONU-IGME, 2014, pp. 16-24.

Como permite explicar Galtung (2003) con su concepto de “triángulo de la violencia”, la *violencia directa* (manifiesta y visible), visible en forma de conductas, responde a actos de violencia que se concretan en comportamientos soportados en dos tipos de violencias (latentes o invisibles): a) una *violencia estructural* estrechamente relacionada con el modelo de

desarrollo que no permite la satisfacción de las necesidades humanas básicas, puesto que está fundamentado en prácticas de explotación, competitividad, despotismo, desigualdad e injusticia, y b) una *violencia cultural* materializada en aspectos ideológicos, lingüísticos, comunicativos, religiosos, valorativos, incluso científicos y estéticos, que se concreta en actitudes, pasiones, emociones y sentimientos que crean marcos justificadores o legitimadores de estas violencias directas y estructurales.

Si se compara este 1'427.535 de muertes clasificadas como evitables, con la sumatoria de los 5'206.096 de muertes producto de los múltiples crímenes de guerra de la violencia armada durante ese periodo de 14 años (1998-2011), este número de colombianos muertos por las ineficiencias del sistema de salud equivaldrían a un 36.47% de esa violencia directa. Por tanto, la violencia directa y la violencia estructural están íntimamente relacionadas, y ambas son vulneradoras de los Derechos Humanos y del Código de Infancia y Adolescencia.

En su séptima crónica sobre la crisis del sistema colombiano de salud y el precio de los medicamentos, Juan Gossaín (2018) sintetizó un sombrío panorama:

Pedagogía hospitalaria

- Los usuarios son víctimas de los abusos, la corrupción, la falta de controles y vigilancia.
- Los médicos y demás trabajadores hospitalarios (como enfermeras o empleados administrativos) también son afectados por las deudas del Estado y de las compañías privadas de salud (EPS), aseguradoras de accidentes de tránsito, departamentos y municipios a las IPS (hospitales y clínicas). El estudio más reciente que incluyó a 163 IPS de las 1800 públicas y privadas del país, calculó esa deuda en 8,5 billones de pesos, un 61% de esa deuda morosa, equivalente a 5,2 billones de pesos y tiene más de tres meses de vencida, lo que explica la quiebra económica y el sobreendeudamiento de hospitales y clínicas con la banca.
- Afectación de los niños colombianos, porque hasta hace dos años, se habían cerrado más de mil camas de pediatría, de ellas, 350 solo en Bogotá.
- Peligro para los hospitales públicos, según el Ministerio de Hacienda, el 22% de ellos, destinados a la población más pobre e indefensa, está en alto riesgo fiscal y financiero.
- Corrupción, le roba anualmente a la salud 4,5 billones de pesos.
- Recursos, un faltante de 700 mil millones de pesos en el presupuesto nacional.

- Atención muy desigual a los ciudadanos, dependiendo de la región, sexo e ingresos, atropello a las mujeres y a los pobres.
- Falta de capacitación, un poco más de 900 IPS redujeron el presupuesto destinado a la capacitación del personal y más de 1.500 cancelaron o aplazaron la adquisición de nuevos equipos médicos.
- Alternativas: La Alianza Somos 141, que agremia los servicios hospitalarios de Antioquia propuso un “verdadero control y vigilancia por parte del Estado, un régimen de multas a los morosos, sanciones a cualquier clínica u hospital que no atienda urgencias, libertad para que el empleado escoja su entidad promotora de salud sin que se la impongan”. El observatorio Así Vamos en Salud sugirió “cambiar su modelo de atención al usuario y sus mecanismos de información, que en la actualidad generan inequidad y corrupción” (Gossain, 25 de julio de 2018).

Sin embargo, resulta paradójico que, en el campo de acción educativa de la “pedagogía hospitalaria”, este contexto se relacione estrechamente con el *perfil epidemiológico del país*, determinante del tipo de población que ingresa al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la estructuración de los servicios de los hospitales y de sus modos de atención, cuestión que no es leída dentro de los “diagnósticos” del con-

texto para detectar las posibilidades u obstáculos de un trabajo educativo, por el contrario, predomina en este campo un canturreo sobre la caracterización de la condición escolar de la población infanto-juvenil, obviando por ejemplo, los evidentes puentes que muestra el estado de salud de esta población con los *determinantes sociales*; el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen en los estados de salud (Vélez, *Op cit.*, p. 57), dentro de los que cabe tener en cuenta, los procesos de urbanización y de globalización que transformaron de manera rápida las costumbres sociales y los estilos de vida que terminaron posicionando las Enfermedades Crónicas No transmisibles, como el problema prioritario de salud por sobre la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas, *sobre* las múltiples condiciones mortíferas de los accidentes, de las violencias narco-paramilitares, narco-guerrilleras y estatales, y *sobre* las enfermedades materno-infantiles.

Así se repara principalmente en la deserción “escolar”, como si la enfermedad afectara únicamente ciertas edades de la educación primaria y secundaria, omitiendo pensar en lo que acontece con la primera infancia y con las madres que son atendidas en los servicios de neonatología o con los jóvenes enfermos analfabetos y/o trabajadores, o con quienes cursan una formación técnica o ya están en la educación superior.

Puesto que la Ley de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) “entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad” (sic). Por tanto, no cabe en esta deliberada reducción de lo educativo a lo escolar, sino proponer una adecuación de aulas y escuelas “hospitalarias” dentro de los hospitales, emplear pedagogías y didácticas que brinden la continuidad curricular, sin que poco o nada se diga sobre su novedad, pertinencia, flexibilidad o calidad educativa.

Esta perspectiva vuelve improbable el trabajo educativo que en otros países ya se desarrolla sobre la pedagogía hospitalaria y domiciliaria porque no se entrevé la necesidad de ampliarla para atender educativamente todas las edades de la vida, lo que sí es explícito en los estatutos de la Red Unitwin de Pedagogía Hospitalaria auspiciada por la UNESCO, en la que la Unimonserate estuvo presente desde el 17 de febrero de 2014 hasta diciembre de 2018.

Probablemente, el primer libro en el que esta pedagogía empezó a ser conceptualizada es Pedagogía hospitalaria: *actividad educativa en ambientes clínicos*, poco conocido y estudiado por los practicantes de este campo educativo. Allí, Aquilino Polaino-Lorente, catedrático de psicopatología en la Universidad Complutense y José Luis González-Simancas, director del Departamento de Didáctica y Orientación de la Universidad

de Navarra, situaron en 1990 la pedagogía hospitalaria como una pedagogía social, más allá de la medicina y de las ciencias de la educación:

(...) tanto por los contenidos de los que se ocupa la educación formal, a la vez que la educación para la salud y para la vida, como por el modo de hacerlo y la persona a la que se enseña el niño o el adulto enfermos hospitalizados- (...) procura tener presente la condición enferma de sus alumnos, la Pedagogía Hospitalaria, está próxima también al quehacer médico, aunque más allá de él, pues sus objetivos no coinciden plenamente con los objetivos de los profesionales sanitarios (Polaino-Loriente y González-Simancas, 1990, p. 71).

Estos autores argumentan además, que la educación impartida no puede identificarse con la mera *instrucción* (transmisión de algunos conocimientos formalizados) o con el *simple adiestramiento* del niño (“aprendizaje de unas destrezas que trazarían un porvenir más venturoso para el niño”), pues esta pedagogía tiene más que ver con la salud y la vida, lo que implica flexibilizar, agilizar, desinstitucionalizar y desformalizar el *currículum* escolar formal, acomodándolo al estado biopsicológico y social en que cada niño se encuentra, centrándose en la situación del educando. Por tanto, se requiere una *pedagogía de la inmediatez*, “pues para qué vamos a preparar al niño para el futuro (función prioritaria en la mayor parte

de la pedagogía escolar convencional), cuando no sabemos si sobrevivirá al presente” (p. 72), por tanto, consiste en una pedagogía vitalizada del presente, de la vida y para la vida, razón por la que **el pedagogo hospitalario debe ser consciente que la curación y la salud son las metas prioritarias a las que ha de subordinar cualquier otro aprendizaje** (el subrayado es nuestro).

Así que ellos proponen tres enfoques diferentes y complementarios para la pedagogía hospitalaria: a) un *enfoque instructivo* donde el niño o adolescente en edad escolar no interrumpan su proceso de aprendizaje, su currículo y disciplina escolar, para mantener y potenciar los hábitos de la educación intelectual y del aprendizaje cultural, desarrollan aulas y escuelas hospitalarias para la enseñanza, b) un *enfoque formativo* cimentado en el desarrollo integral de la persona que fomente las capacidades de autonomía, el auto-cuidado, el auto-gobierno y la auto-ayuda personales, agenciado a través de una relación interpersonal dialógica y de acompañamiento, pero también de una orientación formativa; y c) un *enfoque psicopedagógico* orientado a la adquisición de aprendizajes relacionados con el restablecimiento de la salud psíquica y física, donde se enfatice el desarrollo humano y los aspectos bio-psico-patológicos de la persona enferma con miras a la restitución del estado de salud por sobre las situaciones de dolor y sufrimiento.



Taller con el cuento infantil "Cómo atrapar una estrella" (Oliver Jeffers, 2009). Práctica en pedagogía hospitalaria del programa de Licenciatura en Educación Preescolar en el área de Oncohematología de la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonsserrate, 2015



Taller con el cuento infantil "Cómo atrapar una estrella" (Oliver Jeffers, 2009). Práctica en pedagogía hospitalaria del programa de Licenciatura en Educación Preescolar en el área de Oncohematología de la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonsserrate, 2015

Su propuesta muestra que, si lo que se quiere es transponer la institución escolar en las instituciones de salud, habría que tener en cuenta que en la escuela coexisten siempre otros muchos y variados mecanismos educativos como los que en su momento definió en nuestro contexto el Artículo 13 de la Ley General de *Educación como Objetivos comunes de todos los niveles*, entre otros: la necesidad de formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía los derechos y deberes, una sólida formación ética y moral que fomente la práctica del respeto a los derechos humanos, prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana estimulando la autonomía y la responsabilidad, fomentar el interés y el respeto por la identidad cultural de los grupos étnicos y desarrollar acciones de orientación escolar, profesional y ocupacional (Congreso de la República, 1994).

Esos tres caminos para la pedagogía hospitalaria señalan la necesidad de una perspectiva interdisciplinar o transdisciplinar en las prácticas, experiencias, proyectos, aulas y escuelas hospitalarias, lo que exige complejizar las acciones educativas con un enfoque de atención integral de esta población, cualificando y formando la orientación educativa y profesional de los educadores, desarrollando la innovación e investigación educativa, los recursos y métodos educativos, el acompañamiento peda-

gógico y la evaluación de los procesos educativos. Todo lo cual exige un diseño curricular bio-psico-social y educativo donde se contemplen acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, intervención pedagógica en los espacios de restauración y rehabilitación de la salud, lo que difícilmente puede ser aportado a los practicantes de las Licenciaturas en Pedagogía por las universidades interesadas en ingresar o persistir en este campo de trabajo, siendo necesario el desarrollo de programas de especialización y maestría que perfilen la formación de profesionales con competencias transversales y específicas, donde la investigación sea el pivote de la actividad pedagógica, para que estos profesionales puedan interlocutar, en otro nivel, con los profesionales del área de la salud, lo que también debiera redundar en un proceso de cualificación formativa del voluntariado que participa con acciones educativas dentro de las instituciones sanitarias y en el circuito para-hospitalario de las oenegés, y por qué no en la formación y organización de los cuidadores, y de los propios pacientes.

En esta pedagogía, a diferencia de la que se ejerce en los ámbitos formales y no convencionales (o no formales), el sufrimiento psíquico y corporal es palmario y omnipresente, también las vicisitudes de lo *humano*, articuladas a la situación que experimentan la familia y los cuidadores dentro y fuera del hospital, razón por la que moviliza todo el tiempo un es-

píritu humanitario. No obstante, ante el rostro del otro y su dolor, naufraga cualquier discurso o teoría, pocas son las palabras y mucho más elocuente es el silencio.

De *lo humano* -entendido como una dimensión racional de comprensión y de solidaridad con todos los seres humanos, que consideramos, comparten esta condición-, se deriva una demanda de derechos y una condición universal, siendo *lo humanitario* un movimiento psicoafectivo de igualdad en el trato hacia nuestros semejantes, que nos obligaría a recibir, considerar, asistir y cuidar al otro como homólogo. En suma, un conjunto de sentimientos morales que tendemos a naturalizar y que asumimos como evidentes y buenos por sí mismos; pero que en realidad son producto de la realidad histórica del *humanismo* renacentista de la Ilustración que, desde mediados del siglo XVIII, aportó una nueva configuración moral y política del mundo producto de este movimiento cultural e intelectual, primordialmente europeo.

Un tema latente del *humanismo* es la distancia de *lo humano* con *lo salvaje* o *lo primitivo*, con lo que consideramos carente de cultura (civilización, progreso o desarrollo), pero también con lo que es distinto de *lo animal* (instintivo, irracional, pobre de mundo). Sin embargo, es común a las más recientes epidemias un aparente origen zoonótico como la Enfermedad

por el Virus del Ébola, EVE (1976), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, HIV/SIDA (1981), el mal de las vacas locas o Encefalopatía Espongiforme Bovina, EEB (1985), la influenza aviar, H5N1 (1995), el Síndrome Respiratorio Agudo Severo, SARS (2002-2003), la gripe porcina H1N1 (2009-2010), el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, MERS (2012) y del SARS-CoV-2, Covid-19 (2019), por lo que dentro de ese “nosotros” a reconocer y proteger deberán estar no sólo animales salvajes como los chimpancés, murciélagos, camellos, civetas, aves acuáticas, mariscos y pangolines, sino también las aves y los mamíferos producidos industrialmente, necesitados de una similar consideración, pero también de derechos donde se contemple ese entrecruzamiento de fuerzas que ocurre entre los organismos y los cuerpos animales y humanos, porque *lo humano* no es, o no debiera ser, origen y amo absoluto ni de *lo humano*, ni de *lo animal*, ni del *mundo natural circundante*.

En el trabajo desarrollado por Didier Fassin sobre las superposiciones entre la moral y la política en el mundo contemporáneo, se encuentra que esta *idea humanitaria* ha venido cobrando auge desde hace medio siglo, como formas morales evidentes en los juicios, valores, normas y afectos cotidianos que guían las acciones de los individuos y las instituciones alrededor de cómo se representan, califican e interpretan las poblaciones y sus problemas. Son ejemplos de tal humani-

tarismo, la reformulación de la injusticia como *sufrimiento*, la violencia como *trauma* y la resistencia como resiliencia, lo que desplaza a un segundo lugar las cuestiones sociales estructurales urgentes, al presentar tales infortunios fueran una mera cuestión individual o psicológica. Lo *humanitario* prolifera, en parte, por “la creación de grandes organizaciones no gubernamentales y la generalización de un lenguaje humanitario por parte de los Estados, tanto a nivel local, en la gestión de la pobreza, como en las relaciones internacionales, especialmente en las situaciones de conflicto” (Aedo, Murray y Bacchiddu, 2017, p. 355), también como una causa defendida por las organizaciones no gubernamentales y un calificativo también reivindicado por ciertos Estados para justificar sus intervenciones militares. Además, se concita el humanitarismo para familiarizar a los públicos con imágenes mediáticas de guerras, violencias, catástrofes naturales, hambrunas, crisis financieras y epidemias sanitarias, basado en emociones, afectos, dones y recursos para socorrer a las víctimas y a las personas que sufren, siendo al tiempo modos de gestión, administración y gobierno humanitario de tales públicos y poblaciones desde las políticas (Aedo, Murray y Bacchiddu, 2017).

La pedagogía hospitalaria forma parte de esa nueva configuración moral de la enfermedad, sobre todo cuando en los procesos de formación, acompañamiento docente e intervención de las practicantes en este campo educativo, no impulsamos una

reflexión sistemática sobre cómo concebimos y constituimos al niño, por ejemplo, desde la figura del inocente sin culpa, esencializándolo como discapacitado, paciente-escolar (“patienticos” los llama el cuerpo administrativo y de salud), objeto pasivo de intervención médica y educativa, víctima de la vulnerabilidad social, de la pobreza, del infortunio, del “flagelo del cáncer” o víctima de ciertas acciones negligentes, descuidadas o ignorante de sus padres, de las realidades sociales o de la omisión del Estado..., lo puede hacer predominar prácticas pedagógicas asentadas en semióticas significantes y asignificantes que refuerzan representaciones, gestos y emociones donde se contempla por ejemplo, lo que proponen las normas internacionales de los Derechos Humanos respecto de la niñez en el Artículo 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989): “*la educación del niño debe de estar encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades*”, ni lo que establecen los derechos de participación: el derecho del niño y niña a expresar sus opiniones y que éstas sean tenidas en cuenta (Artículo 12), la libertad para buscar, recibir y difundir informaciones e ideas (Artículo 13), el derecho de las niñas y niños a crear asociaciones y celebrar reuniones pacíficamente (Artículo 15). Este marco internacional, por supuesto es aplicable a la situación y condición de enfermedad, hospitalización/ internación, tratamiento y/o reposo médico prolongado.

Otra forma de esa configuración moral pueden ser las actitudes discriminantes y productoras de un abandono relativo del importante papel desempeñado por las madres, como de un sinnúmero de cuidadores y cuidadoras en los periodos de internación de niños y jóvenes en los hospitales. Esto puede signar a la pedagogía hospitalaria como una política caritativa de compunción, misericordia, beneficencia y conmiseración, que obstaculiza sentidos investigativos y creativos para el desarrollo pedagógico, y contribuye a desarrollar una política de la desigualdad.

Esta vía de reflexión permite comprender por qué las prácticas educativas son inseparables de la moral y la ética, como de las lógicas y prácticas socioculturales, económicas y políticas de larga, mediana y corta trayectoria histórica en la que siempre estamos inmersos los individuos y colectivos, donde la moral se manifiesta en discursos, afectos y actos desarrollados en las secuencias didácticas como procedimientos, métodos, técnicas y materiales. Estas lógicas morales son susceptibles de educarse o formarse (por aprendizajes y desaprendizajes), mediante ejercicios ontológicos, teórico-epistemológicos, investigativos y religiosidades, pero sobre todo *en la relación experiencial* que tenemos con el mundo, con los otros y con-

sigo mismos. Para el efecto, es necesario diferenciar la moral de la ética, como nos propone Mèlich (2014). La lógica moral es ontológica, procede de manera pública a través de las leyes, normas, imperativos y procedimientos, construye unas normas de decencia, “fabrica” una buena conciencia que al tiempo que divide los “seres”, de manera trascendente o universal, entre quienes deben ser alabados y los que no, justifica y legitima con ellos determinado tipos de actos:

“(…) establece por adelantado qué debe hacerse con ellos, cómo hay que tratarlos, afirma que hay ‘seres’ que merecen ser tomados como modelos por su comportamiento ejemplar y ‘seres’ que tienen que ser descalificados por atentar contra las buenas costumbres, la moral dicta –a través de marcos signico-normativos– el que va a ser considerado humano. Los no ‘humanos’ no serán objeto de respeto moral, y, entonces, se situarán fuera de la protección de la ley (...) La ética, en cambio, habita en una zona oscura, en una zona de indeterminación. La ética surge como transgresión de las leyes y de las categorías, como una respuesta *hic et nunc*²⁴ a la demanda del otro en una situación única e irrepetible, en una situación de radical excepcionalidad. Mientras que la moral se rige por una lógica, la ética no. La ética es lo contrario de la lógica, es

²⁴ “Aquí y ahora”, precisa las circunstancias situadas de lugar y tiempo.

Pedagogía hospitalaria

la subversión de la lógica. La moral tiene razón de ser, la ética, en cambio, es un sinsentido, es el sentido del sinsentido. No hay una razón ética, no hay razones para la ética, no hay ninguna necesidad de ser éticos, no hay ninguna ventaja en serlo (...) Mientras que la moral nos dice qué debemos hacer, pensar, decir o responder, la ética nos dice que tenemos que responder a una situación sin saber a ciencia cierta qué debemos responder (Mèlich, 2014, p. 15-16).

Desde una perspectiva histórica macro, antes de la formulación de políticas públicas para hacer de las prácticas educativas de la pedagogía hospitalaria una voluntad sectorial, intersectorial o estatal, en los hospitales privados y públicos de América Latina ²⁵, este campo ha sido desarrollado por numerosas personas, asociaciones, fundaciones, oenegés y universidades, quienes iniciaron la atención de la población infanto-juvenil y la familia como una causa educativa y de asistencia psicosocial propia y relevante. Actualmente sólo cuentan con una política nacional sobre la pedagogía hospitalaria Argentina (Ley de Educación Nacional No. 26 206/2006), Chile (Decretos Supremos 374 y 375 de 2000; Ordinario No. 702/2000; Ordina-

rio No. 610/2007; Ordinario No. 1.186/2009 y Ordinario No. 206/2012) y Ecuador (Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), la Ley Orgánica de Salud, el Reglamento a la LOEI y los Acuerdos Ministeriales emitidos por el Ministerio de Educación: Estatutos Orgánicos de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Educación; Acuerdo No. 0295/2013), junto con algunos desarrollos en Suramérica y Centroamérica.

En Colombia, existe el Acuerdo 453 de 2010 del Consejo de Bogotá que creó “el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud” en la red de hospitales adscrita al programa Aulas Hospitalarias, adelantado entre las Secretarías de Educación y de Salud de Bogotá. La Ley 1618 estableció disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (MEN, 2013); la Ley 1804 estableció el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre como política de Estado (Congreso de la República, 2016); y el Decreto 1421 reglamentó, en el marco de la educación inclusiva, la atención educativa a la población con discapacidad, mencionando la pedagogía hospitalaria

²⁵ En el contexto de la XXX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano y Caribeño celebrada en Panamá, el 15 de mayo de 2015, se aprobó el proyecto de Ley Marco de Pedagogía Hospitalaria para América Latina y el Caribe, propuesta por la Red Latinoamericana y del Caribe por el derecho a la educación de los niños y jóvenes hospitalizados o en tratamiento (REDLACEH).

entre las ofertas educativas pertinentes para esta población (MEN, 2017).

Por un proceso de caracterización de las experiencias nacionales en pedagogía hospitalaria con la primera infancia realizada en colaboración con los integrantes de la Red Colombiana de Pedagogía Hospitalaria (REDCOLH) por la Unimonserate, en el marco de la consultoría realizada para la CIPI, existían en 2014, 32 experiencias ubicadas en Bucaramanga, Bogotá, Ibagué, Medellín, Manizales y Pasto (Cf. Espitia y Barrera, 2018, p. 472-475), por diversas circunstancias, algunas de estas prácticas, proyectos, aulas y escuelas hospitalarias ya no pudieron continuar, es el caso de la Estrategia Sala Sana que Sana que desarrolló la Secretaría Distrital de Integración Social en la red de hospitales públicos de Bogotá y las prácticas pedagógicas que realizaba la Unimonserate en la Clínica Federman y en la Fundación HOMI.

Además de la voluntad política, sanitaria, pedagógica, económica, humanitaria, de prestigio académico y de proyección social que animan estas experiencias también operan entonces, afectos y juicios morales que, para el caso de nuestras prácticas pedagógicas resultan ser factores generadores de estrés para los estudiantes y docentes de acompañamiento que se desempeñan en los ámbitos relacionados con la salud

y el bienestar de las poblaciones de niños, niñas y jóvenes, que incluso, representan un obstáculo emocional para que los y las practicantes puedan decantar las experiencias, como saberes y discursos pedagógicos, por los impactos personales o colectivos que en diverso grado predisponen las situaciones de dolor, sufrimiento, morbilidad y mortalidad. Por lo mismo, cabe reiterar la importancia estratégica de la cuestión socio-afectiva, la necesidad de un apalabramiento del trauma y del sufrimiento propio y ajeno, el estudio y definición de estrategias pedagógicas para cultivar la inteligencia y la educación emocional, y para resolver en la práctica el problema del cuidado del cuidador, preocupaciones que deben ser examinadas a la luz de las concepciones que se tienen respecto de la “pedagogía hospitalaria”, definida hegemónica y mayoritariamente como sinónima de dar continuidad a la escolarización interrumpida del niños, niñas y jóvenes enfermos, hospitalizados y en tratamiento, como forma de garantizar su derecho a la educación, como un equivalente de la inclusión educativa o del desarrollo de una educación integral.

Genealogía

La *genealogía* es un concepto que Michel Foucault toma del trabajo de Friedrich Nietzsche sobre la procedencia y el valor microhistórico de los juicios y prejuicios morales, para reba-

tir la idea -enquistada en la historia moderna-, de un origen primero, causal y fundamento trascendente de los valores humanos pues, desde su reflexión filosófica, la historia no es una ciencia objetiva que explicaría la relación entre el pasado y el presente, sino una genealogía como la exponía Nietzsche en *Genealogía de la moral* publicado en 1887, un conocer perspectivista de una realidad contingente, donde se expresan múltiples puntos de vista atravesados por los prejuicios, saberes y conocimientos de una época, peso sobre todo por las relaciones de poder. Este método genealógico continuará, de otra manera, las investigaciones arqueológicas que Foucault venía haciendo sobre los sistemas de pensamiento y conocimiento (“epistemes” o “formaciones discursivas”) regidos por reglas, no sólo gramáticas y lógicas, que operan en la conciencia de los sujetos individuales definiendo un sistema de posibilidades conceptuales que determina los límites de pensamiento (lo visible y lo enunciable del saber de una época) en una formación histórica particular.

La genealogía es una crítica a los procedimientos de los historiadores para construir verdades universales, significaciones ideales e indefinidos teleológicos sobre los acontecimientos históricos o interpretaciones objetivas sobre los sentimientos morales pues, señala que tales interpretaciones presentadas como explicaciones son valoraciones subjetivas donde debié-

ramos preguntarnos por el valor de los “valores” hegemónicos y absolutos y en especial por el valor de la moral.

En el artículo “Nietzsche, la genealogía, la historia”, publicado en 1971 dentro una obra colectiva en homenaje al filósofo Jean Hyppolite, estas “verdades” son puestas en entredicho, exaltando en cambio la labor meticulosa, paciente y metódica con la que hay que proceder en la revisión documental, para construir una vía experimental con los archivos a fin de “percibir la singularidad de los sucesos”, “en aquello que pasa desapercibido por no tener nada de historia -los sentimientos, el amor, la conciencia, los instintos-” (Foucault, 1992, p. 7), pero en absoluto para trazar la curva lenta de una evolución.

Porque es difícil comprender la historia en términos distintos a una continuidad lineal y progresiva de eventos que parten de un origen único, ya que fuimos y seguimos siendo enseñados a pensar la historia por una corriente historicista que siempre habla desde una Gran Historia, o desde una Historia Universal construida desde un supuesto lugar originario esencial, perfecto y verdadero, apartado de las relaciones de poder, de las valoraciones subjetivas y de los procesos históricos situados de las prácticas sociales cotidianas con múltiples caminos posibles e invisibles de trayectoria.

De manera muy genérica, Nietzsche usa de dos maneras el término alemán *Ursprung*; en *La genealogía de la moral* como

sinónimo de origen y de *Herkunft* (procedencia) o *Entstehung* (emergencia, punto de surgimiento), pero de un modo irónico y peyorativo en *Humano, demasiado humano* (Nietzsche, 2007), enfrentándolo a *Herkunft* como un origen milagroso que busca la filosofía metafísica y el comienzo que plantean los análisis de una filosofía histórica. Sin embargo, Foucault cree que términos como *Entstehung*, *Herkunft*, *Abkunft* (alcurnia, extracción, descendencia) o *Geburt* (nacimiento, producción, realización) indican mejor que *Ursprung* el objeto propio de la genealogía. Porque la genealogía no busca ni la esencia, ni el estado de perfección de las cosas ni el origen como lugar de la verdad (Moro, 2006, p. 302).

En contraposición a esta perspectiva de la Historia con mayúscula—preocupada por el valor del pasado, por cuestiones como la verdad, la moral, la historia y por encontrar sus orígenes últimos y verdaderos—, una genealogía es una preocupación epistemológica por *lo actual* o lo presente, una historia crítica del pensamiento convencional, para pensar lo impensado que no se deja pensar o que impide pensar, pues en este otro tipo de historia donde el presente no puede ser comprendido sin referencia al pasado, se presta atención a los ámbitos problemáticos que, de forma deliberada o no, han quedado fuera del régimen dominante de producción de prácticas, discursos, saberes, conocimientos y dispositivos que hemos aprendido

a reconocer como universales, trascendentales y necesarios, cuando en realidad son históricos, immanentes y contingentes.

Así que, una genealogía no se pregunta, como el historicismo, por los orígenes y por cosas aparentemente eternas, sino por los *comienzos* imperfectos, azarosos e innumbrables, y sobre todo por el *devenir* posterior y permanente, evitando ser crédula de cierta *esencia* de los eventos o preocupada por situar en esa aparente emergencia el lugar de la verdad o un estado de perfección —una estratagema para ubicar un punto de vista anterior a cualquier conocimiento, sustraído a priori de la crítica—, porque así se construye una perspectiva de lo histórico incapaz de reconocer que tales “orígenes”, “fundamentos”, “esencias” y “verdades” son producidas o construidas históricamente a partir de elementos heterogéneos y dispersos, donde siempre está la proliferación milenaria de los errores, del disparate, del azar de los comienzos y del valor de los valores (Foucault, *Op cit.*).

Una genealogía es entonces, un *perspectivismo crítico*, una “ontología del presente”, ya que no se busca algo dado de antemano sino “descubrir que en la raíz de lo que conocemos y lo que somos no están ni el absoluto, ni la verdad, ni el ser, sino la exterioridad del accidente” (Foucault, *Op cit.*, p. 13). Luego la realidad no está atravesada por el principio metafísico de la

identidad, sino por una miríada de sucesos entrecruzados por intereses y poderes que nos constituyeron y aún hoy en día nos constituyen, siendo necesario investigar cómo se constituyen los principios, reglas, modos de vida y creencias que aceptamos como “verdaderos”, “nobles”, “deseables”, “emprendedores”, “insalubres”, “riesgosos”, “resilientes”, etc.

Respecto del cuerpo, el genealogista también debe aprender a distinguir el origen entendido otra vez como procedencia (*Herkunft*). Y “como el análisis de la procedencia, se encuentra por tanto en la articulación del cuerpo y de la historia, debe mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructora del cuerpo” (Foucault, *Op cit.*, p. 15), porque el cuerpo es una “superficie de inscripción de los sucesos, un lugar de disociación del yo (no una unidad substancial), sino un volumen en perpetuo derrumbamiento” (Foucault, *Op cit.*, p. 14):

(...) hay que saber diagnosticar las enfermedades del cuerpo, los estados de debilidad y de energía, sus trastornos y sus resistencias para juzgar lo que es un discurso filosófico. La historia, con sus intensidades, sus debilidades, sus furiosos secretos, sus grandes agitaciones febriles y sus síncope, es el cuerpo mismo del devenir. Hay que ser metafísico para buscarle un alma en la lejana idealidad del origen (...) En fin,

la procedencia se enraiza en el cuerpo. Se inscribe en el sistema nervioso, en el aparato digestivo. Mala respiración, mala alimentación, cuerpo débil y abatido respecto al cual los progenitores han cometido errores; cuando los padres cambian los efectos por la causa, creen en la realidad del más allá o plantean el valor de lo eterno, es el cuerpo de los niños quien sufrirá las consecuencias. El cuerpo y todo lo que se relaciona con el cuerpo, la alimentación, el clima, el sol -es el lugar de la *Herkunft*: sobre el cuerpo, se encuentra el estigma de los sucesos pasados, de él nacen los desfallecimientos y los errores; en él se entrelazan y de pronto se expresan, pero también en él se desatan, entran en lucha, se borran unos a otros y continúan su inagotable conflicto (Foucault, *Op cit.*, p. 12).

En esa preocupación por la relación entre el pasado y el presente, la historiografía tradicional invoca a veces el origen como fuente o procedencia (*Ursprung*), como ocurre en los estudios genealógicos sobre la filiación respecto de los antepasados, donde supuestamente se expresaría la tradición nobiliaria de la sangre o la pureza de la raza ubicable en los linajes familiares o esencias pretendidas en las identidades de los tipos sociales, como también una supuesta unidad y coherencia sin fractura, de donde descenderían las creencias religiosas, filosóficas, científicas y sociales.

Pero si el fenómeno que estudia el genealogista es cómo se originan los estados de *dominación*, cómo se los resiste y transforma desde las relaciones de poder a través de las *relaciones de gobierno* libertario de sí y de los otros, o viceversa, o cómo las relaciones de poder pueden terminar siendo estados de poder, el concepto clave es la emergencia (en alemán *Entstehung*), la irrupción o el salto a escena vigoroso y jovial de las fuerzas con su capacidad intersticial de enfrentamiento:

La emergencia se produce siempre en un determinado estado de fuerzas. El análisis de la *Entstehung* debe mostrar el juego, la manera como luchan unas contra otras, o el combate que realizan contra las circunstancias adversas, o aún más, la tentativa que hacen -dividiéndose entre ellas mismas- para escapar a la degeneración y revigorizarse a partir de su propio debilitamiento (...) Y la genealogía debe ser su historia: historia de las morales, de los ideales, de los conceptos metafísicos, historia del concepto de libertad o de la vida ascética como emergencia de diferentes interpretaciones. Se trata de hacerlos aparecer como sucesos en el teatro de los procedimientos (Foucault, Op cit., p. 15).

Porque todo presente está atravesado por el pasado, por la historia, pero puede devenir totalmente original, un acontecimiento novedoso, si se configuran nuevas relaciones de fuerza

entre virtualidades que favorecen la emergencia de procesos de creación que problematizan lo real. En ese sentido, lo virtual no es ausencia pura y simple de existencia, ni lo opuesto a lo real, tampoco es lo falso, lo ilusorio o lo imaginario. Lo virtual proviene del latín *virtualis*, que a su vez deriva de *virtus*: fuerza, potencia. Lo virtual no se opone a lo real sino a lo actual: virtualidad y actualidad sólo son dos maneras de ser diferentes. Lo virtual es un nudo de tendencias o de fuerzas que acompañan una situación, un acontecimiento, un objeto o cualquier entidad y que reclaman un proceso de resolución: la actualización; la creación, invención de una forma a partir de una configuración dinámica de fuerzas y finalidades (Lévy, 1998).

Así, la genealogía estudia el pasado para modificar la experiencia presente, que no nos permite cuestionar el convencimiento firme que tenemos de lo “real” como una realidad fija, incuestionable, natural, no transformable. Una genealogía no solo es crítica, sino que ayuda a que establezcamos otro tipo de relaciones entre el pasado y el presente porque procura ser una ontología de nosotros mismos, de cómo hemos devenido en lo que hoy somos, y una historia crítica del *pensamiento*, qué voluntades de poder han determinado la constitución de saberes “verdaderos” y la producción de diversos tipos de subjetividades. La genealogía es una crítica de los valores en

un doble sentido, porque no busca estudiar la historia desde los valores dados, establecidos, necesarios, eternos, poniendo en entredicho tales valoraciones desde una historización de los valores morales, determinando cómo han emergido, de dónde proceden, cómo se han producido o construido, por qué no derivan de pretendidos hechos objetivos “neutrales”, y por qué están atravesados por numerosos afectos (Moro, 2006, p. 33-34).

La genealogía también es un trabajo crítico del pensamiento sobre sí mismo, porque no busca legitimar lo que ya sabe, sino que consiente el desafío de saber cómo y hasta dónde sería posible pensar de manera distinta (Foucault, 2002b, p. 12). Para lo cual identifica el modo específico en que ciertos conceptos o *enunciados* irrumpen o emergen en una época dentro de un determinado campo de fuerzas y posibilidades, lo que a la postre modifica y reconfigura lo que una formación histórica es capaz de ver y de decir respecto de un problema, por ejemplo, de dónde *proceden* las instituciones, las prácticas y los discursos. Esa procedencia se revela siempre caótica, mixturada por múltiples elementos, errores, fantasías, irracionalidades, cosas bajas, simples o modestas.

La genealogía muestra cómo se originan y desarrollan los valores, pero sobre todo hacia dónde conducen, qué implica-

ciones y consecuencias tienen para nuestra vida. Es una perspectiva crítica que lleva a la raíz de las valoraciones que están en juego en todas y cada una de las interpretaciones (Conill, 1997, p. 48), porque detrás de cada valor, lo que hay son valoraciones, *perspectivas* sobre lo que tiene o no tiene valor, luego el devenir son una serie de enfoques, visiones, posiciones, siendo deseable que proliferen estos puntos de vista múltiples y contrapuestos para propiciar una transvaloración de los valores eternos o trascendentes, sustituyéndolos por un impulso constructivo, positivo y creativo, que tiene que ser también activo y ético-político. Esa transvaloración no es un cambio de valores, sino una alteración en el elemento del que deriva el valor de las valoraciones pues “no hay ningún acontecimiento, ningún fenómeno, palabra ni pensamiento cuyo sentido no sea múltiple” (Deleuze, 1994, p. 11).

Una búsqueda genealógica permite indagar qué valores están en juego en un *corpus* de información analizado, a partir de negar, por ejemplo, que un régimen de gobierno educativo de individuos minorizados como es la población infantil enferma, hospitalizada o en tratamiento, constituya un objeto dado de antemano, es decir, que siempre ha existido o que haya sido tratado o intervenido históricamente de la misma manera, o que siempre haya padecido las mismas enfermedades (como se mostró en el capítulo 7, no ocurrió de la misma manera en el

movimiento de las Escuelas al Aire Libre, ni en las Colonias Escolares de Vacaciones reglamentadas en Colombia en 1939, ni en el Aula Pedagógica del Hospital de La Misericordia, pionera en la atención educativa escolarizada de las infancias quemadas). En algún sentido, este libro trata de captar con qué movimientos (propios y ajenos) se ha venido constituyendo estas infancias, adolescencias y juventudes como una población necesitada de cierto régimen de intervenciones educativas o de ayudas y qué tecnologías estamos movilizando para producir un campo de verdades con objetos de saber, tecnologías de poder y subjetividades resultantes a su alrededor.

En síntesis, la genealogía no es una metodología ni una teoría sino, una actitud rumiante del archivo histórico, para establecer en un *corpus* documental una crítica de los valores establecidos como verdaderos, supremos o neutrales y una exploración constante del proceso de constitución de tales valoraciones en tres niveles de posibilidad complementarios entre sí: como una crítica del fundamento metafísico de la historia para poder captar la lucha por el sentido, los intereses y las fuerzas que intentan apropiarse de las cosas; como una crítica del origen como el lugar de la perfección y de la esencia de las cosas mostrando en cambio una multitud, composición y recomposición de acontecimientos desperdigados y; como una pregunta por el valor de la verdad y lo verdadero producto de fuerzas que se entrecruzan y se mezclan, confundién-

dose sin llegar a articularse nunca de forma perfecta (Moro, 2002, p. 296).

En sentido amplio, se puede afirmar que hay un gobierno humanitario en el campo de acción educativo de la pedagogía hospitalaria porque en las prácticas (proyectos, aulas y escuelas hospitalarias) se despliegan sentimientos morales mediante un conjunto de dispositivos y acciones establecidas para dirigir, administrar, gestionar o favorecer la existencia de los niños enfermos, hospitalizados y en tratamiento. En esta gubernamentalidad también participan las políticas internacionales, las acciones del Estado, las políticas institucionales y las iniciativas de las oenegés y de las personas que participamos con nuestros deseos e intereses. Ese humanitarismo, heredado de la Ilustración, recubre tanto la humanidad (*mankind*) como conjunto de seres humanos que comparten la misma condición y un movimiento afectivo hacia los semejantes (*humaneness*).

De esa comprensión sobre la humanidad se deriva una demanda de derechos universales (en este caso, los Derechos de los Niños, los Derechos de los Niños Hospitalizados, el derecho a la educación, el derecho a la salud, las políticas de inclusión educativa) y de esa afectividad se derivan sentimientos morales como la obligación de asistir y considerar al otro, así se articulan razones con emociones, justificando valoraciones

morales y afectos con los que definimos y justificamos modos de gobierno de estas poblaciones. Quienes desarrollamos apuestas estratégicas y tácticas en este “campo de juego”²⁶ de la pedagogía hospitalaria, necesitamos reflexionar críticamente si nuestras acciones se pliegan acríticamente a la proliferación del discurso humanitario contemporáneo donde se hacen prevalecer la fascinación por el sufrimiento y la compasión en vez de los problemas sobre los intereses y la justicia. Paradójicamente se legitiman acciones como humanitarias en tanto que se orientan hacia relaciones de dominación cimentadas en la atención y la condolencia con las víctimas o con los sectores pobres y necesitados, pero también se puede suscribir el humanitarismo, la necesidad de humanización y la perspectiva de los Derechos Humanos, desde prácticas de saber-poder constructoras de subjetividades solidarias y de ayuda mutua.²⁷ Para esta segunda alternativa la Unimonserrate procura enfilar sus apuestas de la investigación, la formación y la proyección social hacia la hospitalidad, la vitalización, el empoderamiento, el cuidado y la relación con el saber con, desde y no sobre estas infancias.

En tal sentido, estos cinco principios para **una** práctica pedagógica hospitalaria proponen una cartografía configurada

como un conjunto de líneas de fuerza que, aunque conexas entre sí, son vectores que apuntan hacia direcciones de proyección diferentes: la ética, el cuerpo, el poder, la estética y el saber. En los siguientes apartados, se profundizará en las éticas de la hospitalidad y las estéticas del cuidado, desarrollando al tiempo algunas consideraciones sobre el cuerpo, el poder y el saber.



Figura 10. Cartografía de las líneas de fuerza de los cinco principios para una práctica pedagógica hospitalaria.

²⁶ En el sentido que caracterizaron Bourdieu y Wacquant (1995) la lógica de funcionamiento de los campos sociales, pp. 63-78.

²⁷ Hay que hacer notar que, en medio de la diversidad de posiciones que se puedan tomar respecto de estos humanitarismos, siempre están en juego intereses por el acceso a recursos escasos y una confrontación sobre la legitimidad y justificación de los respectivos argumentos morales defendidos.

Hospitalidad

“Más acá de la responsabilidad está la solidaridad;
más allá, está la hospitalidad”.
(Jabès, 2014)

Desde la cultura griega clásica, el concepto de hospitalidad se ha relacionado con la calidad moral y las actitudes socioculturales hacia el extranjero (*xenos*), gobernadas por el deber, la deuda y la responsabilidad. Pero, aunque todas las éticas de la hospitalidad no son las mismas en todas las sociedades, no habría cultura ni vínculo social sin un principio de hospitalidad, puesto que así se ordena y se hace deseable la acogida del otro sin reservas ni cálculos, lo que al mismo tiempo nos expone ante quien arriba.

En el estudio de Vélez Upegui (2011) sobre un primer conjunto de versos de la *Odisea* de Homero, denominado Telemaquia (la historia de Telémaco), se vuelca la atención sobre la hospitalidad como uno de los motivos en torno a los cuales se organiza esta tragedia griega. La hospitalidad es una expresión que procede de la voz *xen-xenós* (huésped/extranjero), que forma parte de una gran familia léxica presente tanto en la *Ilíada* como en la *Odisea*, con otras voces que conservan la misma raíz: *xénio* (“presentes de hospitalidad”), *xénios* (“hos-

pitalario”), *xenodókos* (“anfitrión”), *xenízein* (“alojar, dar hospitalidad”), *philoxénos* (“amigo de extranjeros/huéspedes”), así la hospitalidad es sinónima del acogimiento brindado al extraño o extranjero, tal recibimiento supone un encuentro entre desconocidos, lo que entraña un examen y un subsecuente despliegue hospitalario u hostil.

Para los griegos, lo que separaba de forma definitiva a los dioses de los seres humanos era su condición de inmortales. En la Telemaquia se encuentra un primer tipo de hospitalidad de los dioses en sus encuentros con los hombres y un segundo tipo de acogida practicada en nombre de la institución de la *xenía*; hospitalidad que resguardaba una seguridad sin riesgos para lugares desconocidos y que tenía tres rasgos distintivos: un carácter religioso derivado del culto a Zeus, padre de los dioses y de los hombres; una ilimitada hospitalidad que se concedía sin contraprestaciones; y la posibilidad de dar acogida a quien quiera que llegare, bien fuera mortal o inmortal.

En sus libros de 1795 *Hacia la paz perpetua*: un *proyecto filosófico*, y en *Metafísica de las costumbres*, de 1797, Kant también entendía la hospitalidad como un *deber* impuesto por la moral humana, refrenda la hospitalidad como un deber sancionado por el derecho y que se corresponde con los derechos de otro, pues entendía el deber como “la necesidad de una ac-

ción por respeto a la ley". Por lo que, dentro de los límites de la libertad personal interna, se ha de cumplir con el *imperativo categórico* -un principio ético que rige el comportamiento humano-, que nace de la razón y se cimenta en la autonomía y que -dentro de los límites de la libertad externa personal-, debe respetar la ley jurídica.

"En *Fundamentación de la metafísica de las costumbres y en Antropología en sentido pragmático*, de 1798, Kant explica el papel que desempeñan las emociones (que motivan las acciones) y los sentimientos (que son estímulos morales) dentro de la ética" (Tomillo, 2013, p. 165). En la hospitalidad, la corrección moral es producto de ejercitar la virtud, tratando bien al huésped, respetando la propia dignidad, la del otro y la de todos, siendo atento, cuidadoso, simpático, afable, agradable, respetuoso, con el fin de hacer amigos y evitar enemigos (Tomillo, *Op cit.* p. 164). Es decir, es producto de una ejercitación personal y política muy precisa.

Kant creía posible construir un orden *jurídico internacional*, que hiciera de la guerra algo ilegal, si se transformaban los Estados nacionales en un Estado federativo universal supranacional introduciendo una *ley cosmopolita* (un ideal normativo, no pragmático, que auspiciaría cierta perfectibilidad de la moral humana), esta teoría fue elaborada por los filósofos

estoicos, siguiendo los primeros planteamientos de los cínicos, alrededor de los círculos del afecto (*philia*) que decrecen en la familia, desde los parientes más cercanos hasta los más lejanos, continúan con los amigos y el afecto tribal sentido hacia las comunidades locales de pertenencia, en menor grado con las comunidades lejanas, hasta un sentimiento difuso hacia todo el género humano. En el cosmopolitismo antiguo (*kosmópolis*), se expresaban una gran variedad de morales eudaimónicas que relacionaban el carácter con virtudes como la felicidad, el bienestar o la vida buena. Dentro de las pólis del mundo mediterráneo, Diógenes el cínico suscribió la hospitalidad y la fraternidad como virtudes para una ciudadanía común, trascendiendo los orígenes locales y las pertenencias grupales para hacerse un ciudadano del mundo. Su discípulo Crates, se afirmó indiferente a la ciudad, pues tenía el ancho mundo para vivir. En el imperio romano el cosmopolitismo propuso hacer partícipes a otros pueblos de las bondades de la civilización al participar de la vida buena; una comprensión que, para Marco Aurelio, sería producto de doblegarlos (Benítez, 2010).

No hay que olvidar que el cosmopolitismo moderno, comienza con la conquista del "Nuevo Mundo" y lo que eso significó en términos de opresión, saqueo y exterminio para nuestros indígenas, fue un proyecto eurocéntrico del siglo XVIII, funda-

mentado en reconocer la variedad de culturas y costumbres, a que todas las personas pertenecen a una comunidad humana universal que va más allá de las fronteras nacionales y, a que la *humanidad*, en un sentido normativo, disfruta de un idéntico estatus moral. Es la conformación de una nueva subjetividad asentada en procesos de intersubjetividad con una pluralidad de racionalidades, lo que pone en cuestión la subjetivación moderna centrada en la autosuficiencia y en la razón única y omnipotente. En la actualidad, Martha Nussbaum defiende el cosmopolitismo o “ciudadanía del mundo”, como núcleo de la educación cívica que exige desarrollar las habilidades del pensamiento crítico, la comprensión de las diferencias que dificultan el entendimiento entre grupos y naciones y una imaginación narrativa para entender los sentimientos y deseos de las personas diferentes.

Kant teorizó el derecho “cosmopolita” al que consideró único principio trascendental y condición de posibilidad absoluta: la de una *hospitalidad universal*, un principio *a priori* inquebrantable donde todos estarán siempre tratados como en su casa, “percibida como el derecho de todos los ciudadanos, con independencia del Estado nacional del que sean miembros, a desplazarse y visitar cualquier lugar del globo, sin ser tratados con animadversión, siempre que perseveren en el pacifismo y puedan cuidar de su vida y proveer a tal fin” (Kant, 1966; Tomillo, *Op cit.*, pp. 166-

167). Kant también aportó el ideal de una federación de Estados, ciudades y de pueblos, conducidos bajo un “gobierno universal” (*Weltrepublik*) como el que se intentó en 1919 con la creación de la Sociedad o Liga de las Naciones para establecer las bases para la paz y la reorganización de las relaciones internacionales y, desde 1945, con la Organización de Naciones Unidas, para mantener la paz y seguridad internacionales, fomentar relaciones de amistad entre las naciones, lograr la cooperación internacional para solucionar problemas globales y servir de centro que armonice las acciones de las naciones.

Otros autores piensan que la hospitalidad “no consiste simplemente en desear al prójimo un bien, sino en desear que el prójimo mismo se haga digno de su bien o su felicidad” (Mali-shev, 2004, p. 27), pues si todos nos sometamos a una ley que vale para uno mismo, debe valer para todos lo que se expresa en el imperativo categórico kantiano de obrar según una máxima querida que al mismo tiempo se torne ley universal.

La hospitalidad cosmopolita también puede vincularse a la ética del cuidado, si prolongamos estas palabras de Thiebaut (2010: 551). ‘Ser hospitalario a otro es aceptarle, abrir nuestra casa a su visita. Somos hospitalarios con quienes nos visitan o demandan nuestro cuidado. También con ello salvamos la distancia entre lo personal y lo colectivo-político. Se puede cuidar a personas concretas y también a sociedades enteras. (Massó, 2011, p. 1162)

El filósofo judío, Emmanuel Levinas, sobreviviente de un campo de concentración en Hannover (Alemania), se opone a concebir la hospitalidad como un deber jurídico o un problema del derecho, de la política o una región de la ética en la medida que defiende la hospitalidad como el principio de la ética. Porque la ética y no la ontología sería el problema filosófico fundamental, pues para él la filosofía es una “sabiduría que nace del amor” en vez de un “amor a la sabiduría” (Levinas, 1987a; Derrida, 1998). Su idea de la hospitalidad es la acogida de quien es diferente de mí, ya que los encuentros cercanos, cara-a-cara con el otro desconocido, originan el Yo; una Mismidad que es la suma de todos esos encuentros, aunque también de la comunidad, del Nosotros, pues la relación Mismo-Otro es un movimiento deseante, insaciable que nos encamina de lo familiar, desde una casa habitada, hacia un afuera de sí-extranjero.

Apelando a sus raíces rabínicas hebreas y a su condición de judío lituano, Levinas deriva la hospitalidad del pacto entre Abrahán y Yahvé como también de la ley bíblica de la hospitalidad.

Lo infinito (la trascendencia, la exterioridad) del rostro como lo opuesto a la totalidad y al totalitarismo. Curiosamente, Levinas descubre en Descartes esta idea de infinito. Descartes

se dio cuenta, aunque no llegó a estudiar todas sus consecuencias, que el Yo que piensa, el ego cogito, posee una idea que le sobrepasa, que al pensarla va más allá del pensamiento que la piensa: la idea de infinito. Y esta idea hace posible que más allá de la totalidad se sitúe la exterioridad, el Otro, más allá de lo Mismo. Un Otro, una alteridad, que será condición de posibilidad de esta constitución ética del sujeto, de esta reconfiguración ética de la subjetividad. Una exterioridad que Levinas denomina rostro. El rostro (visage) no se ve, se escucha. El rostro no es la cara. El rostro es la huella del otro. El rostro no remite a nada, es la «presencia viva» del otro, pura significación. (Barcena y Mèlich, 2001, p. 137).

Todo parte de lo que vemos y creemos conocer de los otros y según sea la apertura que tengamos hacia el rostro del otro, pues lo que acogemos con intención atenta es solo el rostro y la palabra del otro. Pero el rostro no es tematizable, porque excede la formalización o la descripción tematizante ya que se debe a una experiencia intencional. En tanto que experiencia intencional la hostilidad también daría testimonio de la hospitalidad, así que fenómenos como la xenofobia, la alergia, el rechazo y la guerra misma, también serían manifestaciones de la hospitalidad (Derrida, 1998). Al respecto, Levinas comenta que el filósofo Jean-Toussaint Desanti le preguntó a un doctorando japonés que comentaba sus trabajos, si un SS tendría

rostro, Levinas consideró que esa pregunta debe recibir una dolorosa respuesta afirmativa (Levinas, 1993, p. 279), porque la acogida del otro admite una apertura a lo infinito del otro, así que se requiere esta respuesta afirmativa desde el momento en que lo infinito del otro es acogido, pues tal “sí” que se le otorga al otro está precedido por el “sí del” otro. “No soy yo, es el Otro quien puede decir sí. De él viene la afirmación. Él está en el comienzo de la experiencia” (Levinas, 1987^a, p. 116). Así critica Levinas el cogito cartesiano y la filosofía occidental como egológica, ya que la decisión y la responsabilidad son siempre del otro y no de un Yo que piensa o que duda. Esta idea de acoger lo Infinito en nosotros finitos interpelaría la crueldad de quienes jamás han pasado por un tribunal desde la palabra primera y más exigente: “No matarás” (Ayuso, 1998, p. 51).

A partir del concepto de nomadismo formulado por Deleuze y Guattari, René Schérer (1996) tampoco cree que la hospitalidad sea una virtud moral, sino un componente de la hominización del hombre. No es que hayamos adquirido la calidad de ser o no hospitalarios, sino más bien que la hospitalidad es parte integrante de nuestro devenir-hombre, pues nos constituimos con dones e intercambios hospitalarios, ya que la hospitalidad pertenece al ámbito de la economía del “gasto”, como Georges Bataille (1987) la habría definido. Para Bataille

la actividad social no se limita a razonar y calcular la utilidad, escasez, adquisición, crecimiento, desarrollo y ganancia, sino que existe una “parte maldita” regida por el derroche, la exuberancia, la donación, la destrucción y la pérdida de la riqueza y de la energía. En esta política del gasto improductivo (una economía general), distinta del gasto productivo, se fundamentan el homo oeconomicus y la economía restringida clásica o neoclásica. En últimas, en que la vida produce excedentes de energía que deben ser gastados sin recibir nada a cambio (como ocurre con la energía del Sol que utilizan los seres vivos de la Tierra), por tanto, lo útil ya no sería el trabajo sino dar el don sin medida, el juego, la fiesta, el derroche, la pérdida.

Schérer (1996) cree que la hospitalidad no se trata de un asunto subjetivo o de un proceso de “subjetivación”, sino que proviene de costumbres antiguas que, revividas y reutilizadas como fuerzas escondidas -actualizadas por la urgencia de nuevas situaciones-, se habrían convertido en un factor clave de la hominización, en fuerzas de resistencia “transversales” y en políticas “minoritarias” opuestas a la opresión, la exclusión y las políticas estatales. Por tanto, la hospitalidad sería parte integrante de nuestro devenir-hombres, algo que habría captado Marcel Mauss como dones e intercambios hospitalarios presentes en los rituales y conductas colectivas, anteriores a la persona. Luego habría que superar la solidaridad lingüística

y jurídica en favor de la transgresión de las fronteras nacionales, abriéndola a la fluidez e identificándola con los pueblos inclasificables legalmente, con los grupos étnicos y la gente nómada que vive sin domicilio y sin lugar fijo; “naciones” singulares que no existen constitucionalmente y para los cuales, el concepto de “ciudadanía del mundo” resultaría inconveniente.

A partir de los derechos cosmopolitas aplicados a los inmigrantes, refugiados y demandantes de asilo en un mundo globalizado y como el problema de los indocumentados se tornó central a mediados de la década de 1990 en el debate público francés, el filósofo Jacques Derrida analizó en su libro *La hospitalidad*²⁸ este concepto importante por su connotación cultural, política y económica. Apoyado en el trabajo lingüístico de Émile Benveniste (1983), quien destacó la ambigüedad etimológica de las palabras “hospes” y “hostes” señalando cómo la hospitalidad del anfitrión también entraña cierta hostilidad hacia el huésped, y que la hospitalidad se basa en un ritual donde se intercambian regalos, lo que termina por vincular a las personas a través de una obligación de compensación, en tanto que el don que circula entre ellas siempre implica una obligación. Derrida concluye que esta institución cultural de la

hospitalidad y la no hostilidad hacia el extranjero se revelan entonces como un conjunto de actitudes contrarias entre sí, xenófilas y xenófobas hacia el huésped (Derrida y Duformantelle, 2006).

Así, la hospitalidad encierra una aporía o dificultad lógica irresoluble, pues se configura en el cruce entre la hospitalidad condicionada por las leyes positivas del derecho, así como por las normas y reglas que se imponen al huésped-extranjero, pues solo dentro de esos marcos se puede brindar algún tipo de hospitalidad, y entre una ley de la hospitalidad absoluta, ofrecida sin condición y sin deber a todo recién llegado. Pues esta hospitalidad incondicional, que obliga a acoger al otro sin importar su nombre o condición, disloca, transgrede y pervierte las leyes de la hospitalidad jurídica que impone derechos y deberes: “Recíprocamente, las leyes condicionales dejarían de ser leyes de la hospitalidad si no estuviesen guiadas, inspiradas, aspiradas, incluso requeridas, por la ley de la hospitalidad incondicional. Estos dos regímenes de ley, de la ley y de las leyes, son, pues, a la vez contradictorios, antinómicos, e inseparables” (Derrida y Duformantelle, 2006, p. 83).

²⁸ Seminarios impartidos entre 1995 y 1997 en l'École des Hautes Études en Sciences Sociales de París.

La *hospitalidad incondicional* hacia el otro implica leyes condicionales que transforman ese don en un contrato, la apertura hospitalaria en un pacto vigilado; de ahí los derechos y los deberes, las fronteras, los pasaportes, las puertas, las leyes sobre inmigración para controlar sus flujos. Como los Estados no permiten la entrada libre de extranjeros sin verificación previa, esta *hospitalidad condicional*, instituida por la ley y el derecho, configura un primer hecho de violencia y coacción frente al extranjero, haciendo del huésped un posible parásito, por tanto, con el transcurrir de los años, el principio de soberanía burgués terminó formando parte de ese complejo proceso de reciprocidad que es la hospitalidad que, pasó de pacto mítico-religioso y político entre las tribus indoeuropeas, a transformarse en una forma de crear hegemonía, fundamentando incluso las bases de la conquista de América por medio de la infra valorización del prójimo, hasta terminar utilizando los pretextos de la inhospitalidad para justificar las incursiones bélicas y las guerras preventivas (Derrida y Dhombres, 1997; Kortanje, 2009).



Bocetos para el personaje central del número 3 la Revista Saludito. Práctica educativa en pedagogía hospitalaria en la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), segundo semestre de 2013.

Fuente: Jonathan Jorge Alejandro Rodríguez Páez



Personaje central del número 3 de la Revista Saludito. Práctica educativa en pedagogía hospitalaria en la Fundación Hospital la Misericordia (HOMI), segundo semestre de 2013.

Fuente: Jonathan Jorge Alejandro Rodríguez Páez

(...) no es extraño que hotel y hospital tengan origen etimológico común: hospitium, término por el cual las tribus indoeuropeas celebraban convenios de reciprocidad en épocas de paz, dando paso a los viajeros y de guerra generando obligaciones de ayuda recíproca en los campos de batalla (Korstanje, 2007). En este sentido, mientras el hospital abre sus puertas (en la mayoría de los casos cuando la medicina es pública) a todos sin restricción aplicando una hospitalidad incondicional, el hotel hace lo propio sólo bajo la dinámica de la hospitalidad restringida, donde el servicio sólo se convierte en una contrapropuesta. Es la ciudadanía aquella destinada para preservar los "espacios de publicidad" frente al inminente avance del capital y la privatización de la medicina pública. Es allí, en las sociedades donde ésta no es posible sino por medio de la imposición de la ley, que la hospitalidad restringida invade la esfera de la absoluta poniendo restricciones y agravando la desigualdad entre los hombres (Kortanje, 2009, p. 3).

Derrida concede importancia a la hospitalidad, como una situación conexas con el lenguaje. Entonces, invitar, recibir, mantener y dar asilo al extranjero, al exiliado o al refugiado, vehiculan por el lenguaje otras formas de comunicación entre las personas e instituciones. A menudo es el extranjero (hostis), recibido como huésped (guest, hôte) o como enemigo, quien trae y plantea la pregunta por la hospitalidad, interpelando la autoridad del jefe,

del amo de la familia, del “dueño de la casa”, la soberanía del anfitrión (host), del poder de hospitalidad porque, ante todo, es extranjero respecto a la lengua jurídica que formula el deber de la hospitalidad, tiene que pedir hospitalidad y hacer valer sus derechos en un idioma que no es el suyo, ante el padre, propietario de casa, rey, poder, nación y Estado.

Por eso Derrida precisa que, en Atenas el extranjero, aunque no era considerado ciudadano, tenía derechos como la hospitalidad, y era un derecho extensivo a su familia. Sócrates invocó ese derecho en el juicio que enfrentó por impío y antidemócrata; en su retórica, se queja de no ser tratado siquiera como extranjero porque no se tolera su modo popular, filosófico, poco jurídico y nada erudito de hablar. El problema de la hospitalidad empieza entonces con el lenguaje, al solicitar al otro que entienda y hable nuestra lengua para ser aceptado, cuestión que inicia con la pregunta por el nombre propio o por los “papeles” de identidad; al responder este pedido, el sujeto responde por él, por su patronímico, su familia, su estatuto social, etnia y nacionalidad, se hace responsable e imputable ante la ley y sus anfitriones, se subjetiva como un sujeto de derecho (Derrida y Duformantelle, 2006).

Es también lo que se pregunta tiernamente a los niños o niños dilectos. ¿O bien la hospitalidad comienza por la acogida sin pregunta, en

una doble borradura, la borradura de la pregunta y del nombre? ¿Es más justo y amoroso preguntar o no preguntar?, ¿llamar por el nombre o sin el nombre?, ¿dar a conocer un nombre ya dado? ¿Se da la hospitalidad a un sujeto identificable por su nombre?, ¿a un sujeto de derecho? O bien la hospitalidad se ofrece, se da al otro antes de que se identifique, antes incluso que sea (propuesto como o supuesto) sujeto, sujeto de derecho y sujeto nombrable por su apellido. (Derrida y Duformantelle, 2006, p. 33).

Basándose en Levinas, Derrida (1998) establece que la hospitalidad sería la esencia del lenguaje pues, en todas las formas que adopta, lo sustancial es que mantiene una relación con el otro. Pero a diferencia, la hospitalidad es resultado de una recepción o acogida del otro, resultado de la visita de un otro absoluto, de un arribante desconocido y anónimo, de aquel o aquello que llega. Cuando el anfitrión opera con la lógica de la “invitación” del otro a su casa, permanece en cierto sentido plenipotenciario, en tanto que conoce su nombre y señas de identidad que le permiten anticipar su comportamiento. Como esta llegada es producto de una invitación, el anfitrión es titular de una hospitalidad condicional; mientras que en la lógica de la “visitación”, el anfitrión responde con una hospitalidad pura o incondicional, en tanto que la llegada del otro anónimo o desconocido es imprevisible, inesperada y, por tanto, sorprendente.

Como la lógica de la visitación constituye una amenaza para el lugar-propio, el don de hospitalidad requiere un proceso de desubjetivación, dar de sí; que el sujeto haga de sí mismo un don, yendo más allá de la lógica del cálculo económico del reconocimiento, constitutiva de sujetos idénticos e identificables. “Para que haya don, éste debe ser sin reconocimiento, ni de parte del donante ni de parte del destinatario” (Guille, 2015, p. 270).

A decir verdad, el don ni siquiera debe aparecer o significar, consciente o inconscientemente, en calidad de don ante los donatarios, ya sean estos sujetos individuales o colectivos. En cuanto el don aparezca como don, como tal, como lo que es, en su fenómeno, sentido y esencia, estará implicado en una estructura simbólica, sacrificial o económica que anulará el don en el círculo ritual de la deuda. La mera intención de dar (...) basta para dar por descontada la reciprocidad. La mera conciencia del don se devuelve a sí misma de inmediato la imagen gratificante de la bondad o de la generosidad, del ser-donante que, sabiéndose tal, se reconoce circular, especularmente, en una especie de autorreconocimiento, de apropiación de sí mismo y de gratitud narcisista. Y esto se produce en cuanto hay un sujeto, en cuanto donador y donatario se constituyen como sujetos idénticos, identificables, capaces de identificarse (res) guardándose y nombrándose. Se trata, incluso, aquí, en este círculo, del movimiento de subjetivación (...).

El devenir-sujeto cuenta entonces consigo mismo y entra como sujeto en el reino de lo calculable. Por eso, si hay don, el don ya no puede tener lugar entre unos sujetos que intercambian objetos, cosas o símbolos. La cuestión del don debería buscar, pues, su lugar antes de cualquier relación con el sujeto, antes de cualquier relación consigo mismo del sujeto, ya sea éste consciente o inconsciente (Derrida, 1995, p. 32).

Desde una lógica del acontecimiento, de lo nuevo, o de aquello que podría ser productor de experiencia -sin perder de vista que la experiencia siempre designa la relación con una presencia-, aquel o aquello que llega o arriba en el modo de la “visitación” entraña un encuentro de total exposición, riesgo y peligro para el dueño de casa, “pues trae siempre aparejado un peligro o riesgo de muerte” (Guille, 2015, p. 270).

Sin haber tenido tiempo ni ocasión de decir nada, se lo encuentra de repente en el umbral; ante eso, lo único que le queda es decir “sí”. Acoger al otro incondicionalmente implica, pues, exponerse del todo a lo otro que viene, correr un gran riesgo (Soto, 2008, p. 202)

Larrosa ha resaltado cómo esta peligrosa exposición al otro plantea una relación entre la experiencia y la subjetividad, en el sentido que eso que *pasa como acontecimiento* no se define tanto por la actividad del sujeto, sino por su pasividad. “Pero

se trata de una pasividad anterior a la oposición entre lo activo y lo pasivo, de una pasividad hecha de pasión, padecimiento, paciencia, atención, como una receptividad primera, como una disponibilidad fundamental, como una apertura esencial” (2013, p. 95). Pues el sí mismo aparece entonces separado del poder o la soberanía sobre la propiedad de su morada, haciendo aparecer paradójicamente al huésped como si fuera un anfitrión del anfitrión.

Por esta vía, y a propósito de hospedar al otro desde una responsabilidad con los demás, Emmanuel Lévinas (1987) plantea un lazo más íntimo de co-pertenencia, donde el otro ocupa una posición privilegiada y descentrada respecto de la mismidad que Occidente supone del yo. En esa *responsabilidad* se fundaría y residiría la hospitalidad. La esencia de la lengua serían entonces la amistad y la hospitalidad.

En *El libro de la hospitalidad*, el escritor egipcio Edmond Jabès (2014) interpela ese criterio de Lévinas, basado en que el ser humano no es sino un huésped, errante, efímero y vulnerable, proponiendo que:

Eternamente accesible a cuanto se le presenta, la hospitalidad no puede pensarse más que en función de lo que ofrece.
La responsabilidad aliena. La hospitalidad aligera.

Acoger al otro sólo por su presencia, en nombre de su propia existencia, únicamente por lo que representa.

Por lo que es.

La responsabilidad es hija del diálogo sobre el cual, ingenuamente se apoya. La hospitalidad es alianza silenciosa. Tal es su particularidad (Jabès, 2014, p. 33).

En últimas, Derrida concibe una hospitalidad difícil de practicar, al disociarla del concepto más tradicional y hegemónico de hospitalidad, en la que un sujeto propietario, dueño del lugar propio, portador de la ley del hogar (*oikonomía*), abre momentáneamente las puertas al recién llegado para que, con ese acto de recibimiento se constituya como sujeto soberano. Piensa que este tipo de hospitalidad clásico está asociado históricamente a los conceptos cristianos de “caridad” y “tolerancia” y al concepto kantiano de “cosmopolitismo”.

En la entrevista de Giovanna Borradori con Derrida, del 22 de octubre de 2001 en Nueva York, el filósofo franco-argelino define la tolerancia, *ante todo* como un acto de caridad cristiana, surgido de una guerra de religiones entre cristianos, o entre cristianos y no cristianos que se decanta como una cohabitación tolerante, en una hospitalidad condicionada. “La tolerancia está siempre del lado de ‘la razón del más fuerte’; es una marca suplementaria de soberanía; es la cara amable de la

soberanía que dice, desde sus alturas, al otro: yo te dejo vivir, tú no eres insoportable, yo te abro un lugar en mi casa, pero no lo olvides: yo estoy en mi casa” (Derrida, 2004, p. 185).

Este sentido moderno de la tolerancia es heredado de la Ilustración, pues Kant entendía la tolerancia como la promesa emancipatoria de la era moderna, para lo cual reubicó a la religión “dentro” de los límites de la mera razón, justificándola racionalmente para neutralizar su potencial irracional.

La tolerancia es concepto clave de la globalización, un llamado moral y políticamente neutro a la hospitalidad y la amistad entre pueblos, etnias, tradiciones y creencias religiosas. Si creo ser hospitalario porque soy tolerante, es que deseo limitar mi acogida, mantener el poder y controlar los límites de «mi casa» (chez moi), de mi soberanía, de mi «yo puedo» (mi territorio, mi casa, mi lengua, mi cultura, mi religión). La tolerancia sigue siendo una hospitalidad escrutada, sometida a vigilancia, avara, celosa de su soberanía. Digamos que, en el mejor de los casos, forma parte de lo que llamo hospitalidad condicional, la que practican generalmente los individuos, las familias, las ciudades o los Estados (Derrida, 2004, p. 185).

Como la hospitalidad condicional e incondicional son paradójicamente contradictorias y, no obstante, inseparables, habría que asumir entonces un destino trágico en la hospitalidad, porque la ley

incondicional de la hospitalidad necesita de *las* leyes para devenir efectiva, cuando al mismo tiempo la niegan y la corrompen. Es una aporía similar a la contradicción del derecho que pretende ejercerse en nombre de la justicia, que a su vez exige instalarse en un derecho que, para ser puesto en práctica, debe estar constituido y aplicado por la fuerza:

Aunque el principio de hospitalidad absoluta “ordena, hace incluso deseable una acogida sin reserva ni cálculo, una exposición sin límite al arribante. (...) Una comunidad cultural o lingüística, una familia, una nación no pueden no poner en suspenso, al menos, este principio de hospitalidad absoluta: para proteger un «en casa», sin duda, garantizando lo «propio» y la propiedad contra la llegada ilimitada del otro; pero también para intentar hacer la acogida efectiva, determinada, concreta, para ponerla en funcionamiento. De ahí las «condiciones» que transforman el don en contrato, la apertura en pacto vigilado; de ahí los derechos y los deberes, las fronteras, los pasaportes y las puertas... (Derrida y Dhombrès, 1997b, párr. 9).

Otro costado muy interesante en los estudios sobre la hospitalidad son sus desarrollos institucionales. Los cinco primeros años del cristianismo contribuyeron al desarrollo sistemático de las instituciones de atención y cuidado, formaban parte de la obligación de todo buen cristiano pues la hospitalidad (acogida) y el cuidado eran aspectos característicos de hospitales, hospicios y escuelas, que funcionarán

como parte integral de los monasterios desde el siglo IX, gracias a la proliferación de las órdenes monacales (Martínez, 2009). “La palabra ‘hospicio’ significa, de forma literal, ‘un lugar donde refugiarse’. Los hospicios, generalmente, estaban vinculados a algún hospital” (Martínez, Op cit., p. 225).

El Concilio ecuménico de la Iglesia Católica, desarrollado durante veinticinco sesiones entre 1545 y 1563, declaró que todos los hospitales dependían de la Iglesia, en tanto que eran instituciones religiosas. Así, los albergues hospitales y hospicios entraban en la jurisdicción del ordinario eclesiástico, siendo supervisadas por los obispos. Hacia el siglo XVI, con la llegada de Carlos III al trono en España, Rodríguez Campomanes planteó en 1774, unos nuevos hospicios de carácter secular y reeducativo, no solo para acoger a los expósitos, desvalidos y mendigos, sino para enseñarles un oficio, para que ayudaran a mantenerse y para ser vecinos honrados y útiles al Estado, para lo cual era necesario intermediar las duras medidas represivas de carácter penal con las medidas asistenciales sociales y caritativas pues, los hospicios recogían por igual a vagos y menores delincuentes que no podían terminar en el ejército, huérfanos, ancianos desamparados y pobres de ambos sexos sin hogar, pero a la vez eran correccionales para hijos díscolos de “familia”, jóvenes alborotadores enviados por los juzgados, prostitutas, muchachos difíciles y hasta esposas insumisas. Tal

reordenamiento de los hospicios se mantuvo hasta el siglo XVI-II, como instituciones con un programa reeducativo de disciplina, trabajo, catequesis e instrucción, con actividades de ocupación en talleres y fábricas propias, con contratos de aprendizaje como jornaleros o mozos en casas de labradores o en talleres libres, talleres de hilazas y fábricas, instrucción elemental para los niños y las niñas, y ancianos hábiles recogiendo limosnas o participando en oficios mecánicos y servicios domésticos internos. Hasta el siglo XIX abundaron las disposiciones legales y civiles en materia de salubridad pública (Martínez, 2009).

La hospitalidad también es reconocida como una de las industrias más grandes del mundo y una de las profesiones humanas más antiguas, también es una disciplina académica relativamente nueva, sin consenso sobre su alcance, lo que ha limitado una agenda de investigación disciplinar específica y prácticas de enseñanza que afecten este campo. Existen varios modelos de clasificación del campo de la hospitalidad, integrado por varias industrias (alojamiento, comida, viajes, ocio, atracciones; y convenciones) afectadas por factores externos que direccionan este campo de los aspectos sociopolíticos y económicos, el turismo, y las convenciones y reuniones académicas, industriales y socioculturales (Ottenbacher, Harrington y Parsa, 2009).

Los estudios sobre el turismo y la hospitalidad, a menudo ubicados dentro de las escuelas de negocios con fines empresariales, tienden a adoptar ideas neoliberales, aunque también existen los estudios críticos que entienden el conocimiento como prácticas reflexivas o de reflexividad práctica y acciones de poder que problematizan las verdades aceptadas, para entender los complejos desafíos globales y locales que enfrentan el turismo y las comunidades hospitalarias, pues se trata de un campo múltiple donde surgen tendencias de consumo que cambian las identidades, los deseos y las relaciones éticas con el mundo (por ejemplo, el ecoturismo, el turismo voluntario y responsable, el turismo oscuro, el turismo lento, el turismo para la discapacidad y el turismo erudito, que representan nuevos estilos de vida que cambian la mirada sobre el turismo más allá de las suposiciones normalizadas acerca de cómo se experimenta el turismo y cuáles son sus actores. Estos estudios también teorizan la 'otredad' y exploran las relaciones turísticas en términos de diferencias de poder, así, han identificado dominios con visiones del mundo minoritario y la necesidad de una mayor cultura participativa en la producción de conocimiento (Fullagar y Wilson, 2012).

Así también, se ha desarrollado una pedagogía crítica preocupada por la deconstrucción de la política del turismo y el conocimiento de la hospitalidad para incluir otros contextos políticos, económicos, culturales y sociales, desde perspec-

tivas críticas dentro de la sociología y la psicología, la teoría feminista y la aplicación profesional en disciplinas como la educación y la gestión, que pueden abrir una amplia gama de identidades profesionales y relaciones de conocimiento maestro-estudiante más equitativas, donde los estudiantes aprenden no solo cómo ser efectivos gerentes en el sistema turístico actual, sino también cómo pensar en la gestión como una fuerza social, lo que incluye el análisis de normas disciplinarias como la opresión racial, la condición de la mujer y el feminismo, las diversidades sexuales, el indigenismo, los estudios sobre la discapacidad; pues el turismo y la hospitalidad no pueden ser solo interpretados como economías de servicio, sino como "economías de experiencia", pero también porque estas instituciones deben responder a la creciente importancia de la "Responsabilidad Social Corporativa y la Sostenibilidad", para la diversidad y la inclusión social.

¿Cómo relacionar la hospitalidad con lo educativo? Bárcena y Mèlich (2001) reflexionan la educación a través de Hannah Arendt, Paul Ricoeur y Emmanuel Levinas, en tanto que relación con el otro desde la alteridad, por fuera de los discursos técnico-especializados que conciben la pedagogía en función de la planificación tecnológica por objetivos o subordinada a la economía, para la cual, "educar" constituye una tarea de "fabricar" al otro para volverlo "competente".

Por el contrario, su pedagogía crítica propone no olvidar la dominación totalitaria fascista, comunista o capitalista, una época de inhumanidad, de la muerte de Dios, de la muerte del hombre, de la muerte de lo humano y de la muerte de la humanidad que exige “pensar y crear un mundo no totalitario” que acoja hospitalariamente a los recién llegados, practicando una pedagogía de la natalidad, del comienzo, “porque la educación tiene que ver con el trato con los que acaban de llegar (los recién nacidos), aquellos que expresan la idea de una radical alteridad que se escapa a nuestros poderes (Bárcena y Mèlich, Op cit., p. 15)”. Una pedagogía poética y utópica, porque educar es crear, no fabricar o producir la novedad, a partir de caracterizar la acción educativa como una relación de alteridad, como una relación con el otro -el rostro.

La educación, aparecerá finalmente como una acción hospitalaria, como la acogida de un recién llegado, de un extranjero. Y desde esta respuesta al otro originaria, desde esta heteronomía que funda la autonomía del sujeto, la relación educativa surgirá ante nuestros ojos como una relación constitutivamente ética. La ética, entonces, como responsabilidad y hospitalidad, no será entendida como una mera finalidad de la acción educativa, entre otras, sino por su condición de posibilidad (Bárcena y Mèlich, 2001, p. 126).

Estos filósofos de la educación preguntan si ¿aprendemos moralidad en los libros o en las instituciones religiosas o educativas? La primacía kantiana y utilitarista de la mayoría de éticas ilustradas confieren a la autonomía, el fundamento de la moralidad y la dignidad humanas, pero tras la experiencia de los totalitarismos y en la oscuridad de la época actual, habría que remover y rechazar este principio de autonomía como fuente para la conducta y la acción moral, por lo que sin renunciar a las ventajas derivadas de un cuidado de sí y de la libertad, habría que aceptar el principio de la heteronomía como reto del cuidado del otro y base fundamental de la acción educativa (Bárcena y Mèlich, 2001, pp. 127-128), asentada en reglas, derechos e individuos, supuestos como autónomos, racionales y sin vínculos.

Porque desde Kant, el hombre tiene necesidad de cierto magisterio o enseñanza que fuerce su voluntad a obedecer una voluntad universalmente aceptable, pero no es algo externo al propio sujeto que debe autogobernarse. La mayoría de edad estriba en ser capaz de darse leyes a sí mismo, fundando la moralidad en un imperativo universal, no emanada de la autoridad de un sujeto singular sino de un sujeto trascendental:

(...) de una razón formal y un interés puro por la ley moral categórica e incondicional, sin mediaciones empíricas (...). Así, una voluntad es autónoma sólo a condición de que el sujeto sea capaz de determinarse a obrar sobre la base de principios universales, lo que implica ruptura entre la voluntad y el deseo. La heteronomía no puede proporcionar imperativos categóricos que son, para Kant, los propios de la moralidad. Sólo el principio de autonomía puede fundamentar una ley categórica universal (Bárcena y Mèlich, Op cit., p. 133)

(...) Bajo estas consideraciones, la presencia del otro es más un obstáculo para la autonomía que una ayuda (Bárcena y Mèlich, 2001, p. 134).

No obstante, es otro que no se percibe de manera sensible sino como un concepto universal, *carece de rostro*. Bajo la propuesta de Bárcena y Mèlich, después de los totalitarismos, la *razón práctica es impura*, se debe basar en una experiencia de atravesamiento brutal, que nosotros no vivimos, pero que hemos conocido por los relatos orales o escritos de quienes la sobrevivieron y quienes la han reflexionado, experiencia que ha forzado a pensar el pensamiento con el que pensamos. Y a partir de allí, nos asumimos responsables, *sin culpa*, incluso de sufrimientos que no hemos causado, ante el rostro del sufriente. “La heteronomía se debe entender como respuesta,

no solo al otro sino también del otro, esto es, debe entenderse como responsabilidad. (...) Levinas sugiere “necesario desubjetivarse, deponerse como ego, desertar de uno mismo para ser fiel a uno mismo” (Bárcena y Mèlich, 2001, p. 136).

El rostro del otro convierte a la acción educativa en una recepción, en la respuesta a una llamada que precede al sujeto, como pasividad radical. «Una actitud que, paradójicamente, será más activa cuanto más pasiva parezca ser. Pasividad receptiva en la que se busca lo que viene hacia nosotros, donde abrirse receptivamente se torna un activo obrar (Mujica, 1995, p. 18).

El rostro hace de la educación responsabilidad (...) Una responsabilidad que no se fundamenta ni se justifica en ningún compromiso previo, sino que es la fuente de todo pacto y de todo contrato. La responsabilidad, entonces, es la condición de la libertad, es una responsabilidad anterior a todo compromiso libre. A esta relación con el otro es a lo que Levinas llama «rehén» (otage) (Mujica, Op cit., p. 139).

Concluyen estos autores que, Kant pensó su ética bajo los acontecimientos de la Revolución Francesa, pero tras la Segunda Guerra Mundial –y tendríamos nosotros que añadir, bajo los acontecimientos de la derechización de la política lue-

go de la época del neoliberalismo contemporáneo- debemos desarrollar una ética de la atención responsable con el pasado, el recuerdo y la memoria, con la presencia del otro, “porque las víctimas de la historia, como dice Ricoeur, no piden venganza sino narración” (Bárcena y Mèlich, 2001, p. 143).

Para Foucault (1983), El Anti-Edipo es un libro de ética, sería una especie de introducción a una vida no-fascista en tanto que persigue los rastros más tenues de un nuevo tipo de fascismo, un microfascismo alojado en el cuerpo, “ese pequeño fascismo de banda, de gang, de secta, de familia, de pueblo, de barrio o de automóvil, del que no se libra nadie” (Foucault, 1983, p. xiv). Por el contrario, propondría un arte de vivir contra toda forma actual o inminente de microfascismo que construye, produce y perfecciona una guerra contra lo comunitario, fragmentando las sociedades al destruir las redes de cuidado y empatía. Contra este proyecto de vida mayoritario, cabría desarrollar líneas de fuga basadas en una estética menor, otra sensibilidad, pero también una política minoritaria, una hospitalidad.

Desde el lenguaje de una autonomía heteronomizada queda claro que un educador se hace responsable no por lo que provoca -intencional o no intencionalmente- en el otro, sino también de la biografía y del pasado del otro. Esto significa

hacerse cargo del otro, cuidar del otro. Me hago cargo del otro cuando lo acoyo en mí, cuando le presto atención, cuando doy relevancia suficiente al otro y a su historia, a su pasado. Así, la hospitalidad no se orienta sólo al futuro, sino tiene que ver con el pasado, especialmente con el pasado que los otros han sufrido (...) ¿Y qué mejor porvenir para la educación que volver una mirada esperanzada a su propia esencia? A la esencia de la educación: la hospitalidad. (Bárcena y Mèlich, 2001, pp. 146-147).

Éticas del cuidado

La denominación “ética del cuidado” (*care*) surgió con la publicación del libro de la feminista, filósofa y psicóloga estadounidense Carol Gilligan In a Different Voice (1982), traducida por Juan José Utrilla al español y publicada por el Fondo de Cultura Económica, intitulada: *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino* (1985).

Posicionada desde un paradigma distinto, Gilligan crítica la teoría del desarrollo moral universalista esbozada por Lawrence Kohlberg en su tesis doctoral de filosofía, defendida en 1958 acerca del desarrollo del juicio moral, mediante dilemas morales hipotéticos presentados en entrevistas semiestructuradas, inicialmente a un grupo de niños varones, pero luego con

hombres blancos norteamericanos a lo largo de un periodo de veinte años, a partir de la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, para lo cual dejó a un lado las diferencias sociales, culturales, de género, de etnia, de clase social, de nación. Así pues, Kohlberg incurrió en un problema metodológico, al utilizar solo sujetos masculinos como base empírica para la construcción de su teoría, excluyendo mujeres y personas de color, como también en un problema teórico, al promocionar la autonomía y la racionalidad como criterios del desarrollo moral (Guilligan, 2009).

Kohlberg basa su aproximación psicológica a la moral en una particular tradición de la filosofía moral occidental, apoyándose principalmente en filósofos tales como Platón, Kant y Rawls. Su teoría asume la primacía de la cognición y define el acto moral como un acto que sigue a un proceso de razonamiento y juicio moral; este proceso de juicio y razonamiento está basado en el principio de justicia, el cual se considera la mejor manera de resolver conflictos. Desde la perspectiva de Kohlberg, un verdadero razonamiento moral involucra aspectos como imparcialidad, universalizabilidad, reversibilidad y prescriptividad. Habermas (1985) sugiere que las premisas filosóficas de Kohlberg pueden categorizarse bajo tres encabezados: cognitivismo, universalismo, y formalismo. Cognitivismo significa que los juicios morales tienen contenido cognitivo,

y que representan más que la expresión de emociones contingentes, preferencias, o decisiones del que habla o actúa. En este sentido, Habermas argumenta, cualquier teoría del desarrollo de la capacidad para juzgar moralmente debe presuponer la posibilidad de distinguir entre juicios morales correctos e incorrectos, y para hacer esto es necesario contar con principios morales que son cognitivos por naturaleza. Universalismo implica el rechazo a cualquier tipo de relativismo, y el apoyo a la idea de la validez universal de los juicios morales. Formalismo propone que el dominio de la validez moral debe situarse en las formas universales, fuera de contenidos y valores culturales particulares (Frisancho, 2006, párr. 5).

Guilligan, colaboradora de Kohlberg en sus investigaciones en Harvard, convalidó dos premisas que fundamentan su crítica feminista: la realidad social se organiza desde una dominación patriarcal asentada en un sistema de poder de sexo-género, desde la cual se definen condiciones sociales diferenciales para hombres y mujeres en función de los roles sociales asignados y de la posesión o desposesión de poder sobre los principales recursos. Se denuncia que, el discurso científico establecido, la teoría monista moral y la política se han centrado en la justicia y los derechos para avalar un modelo de ciudadanía liberal, pretendidamente imparcial y construido desde lo común, siendo una racionalidad moderna que soslaya las

diferencias, las relaciones afectivas, las experiencias de las mujeres y distintos grupos minorizados, que cotidianamente tienen lugar en el ámbito privado de la vida, llevan a adoptar implícitamente la vida pública del varón como norma y a establecer una perspectiva del desarrollo moral de las mujeres con base en un patrón masculino, patriarcal y occidental.

Por tanto, Gilligan discute que las mujeres han sido consideradas moralmente inferiores respecto de los hombres, sosteniendo una voz diferente tiene que ser escuchada, avalando así un pluralismo moral con el que afirma la existencia de una moralidad propia de las mujeres, proponiendo la noción de ética del cuidado como otro camino para entender el desarrollo moral que dé cabida: “a una moral de la responsabilidad y el cuidado enmarcada en el seno de una red de relaciones donde las particularidades, entendidas como diferentes transiciones y experiencias de vida, son necesarias para llegar a juicios morales justos” (Gilligan, 1985, p. 277).

Gilligan se apoyó en el trabajo de Nancy Chodorow y Janet Lever sobre las diferencias de género en la socialización y en tres estudios empíricos sobre conflictos morales en la vida real, y no sobre dilemas hipotéticos desarrollados mediante entrevistas. Piaget también había utilizado como patrón de sus estudios sobre el juicio moral en el niño un grupo de ni-

ños, pero luego analizó un grupo de niñas para contrastar su escala del desarrollo moral, encontró en ellas mayor tolerancia, mayor tendencia innovadora en la resolución de conflictos y en hacer excepciones a las reglas, último aspecto que consideró poco significativo para sus estudios (Comins, 2003).

Sin embargo, Gilligan no abogó por una separación, ni por un enfrentamiento entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, por el contrario, distinguió la ética feminista, de cuidado y responsabilidad, de una ética femenina signada por el autosacrificio de las mujeres, así como la interrelación de dos modos diferentes de experiencia. Y como subrayó luego Seyla Benhabib (2006), una ética del cuidado, producto no de diferencias biológicas o innatas entre hombres y mujeres, sino resultado de prácticas de socialización distintas que destaca las conexiones entre las personas y las responsabilidades concretas que subyacen a sus relaciones, por lo que se precisa del universalismo de la ética de la justicia, dado su carácter normativo centrado en derechos, igualdad y en un acuerdo o contrato social.

Benhabib también aconseja la complementariedad entre ambas éticas, para la construcción de una sociedad donde no se continúen separando las esferas pública y privada, puesto que la ética del cuidado tiende a considerar que solo es bueno

aquello que beneficia a quienes queremos, lo que entroniza una moral de la satisfacción. Por tanto, Benhabib propone el empleo de una ética comunicativa-discursiva habermasiana que auspicie el diálogo entre el otro generalizado, característico de la justicia, y el otro concreto particular de la vida buena, a fin de razonar moralmente desde una posición no neutral del otro concreto que tiene en cuenta las diferentes identidades, las necesidades concretas, los talentos y capacidades específicas.

En la compilación de textos sobre *El trabajo y la ética del cuidado de Arango y Molinier* (2011b) se destaca el auge tomado por la economía del cuidado, debido a que el concepto de cuidado y sus criterios relacionales y contextuales de preocupación por los otros, se trasladó de la filosofía moral a la economía, la sociología, la psicología y a profesiones como la enfermería y trabajo social. Como destaca Cecilia López M. en el prólogo, Colombia aprobó, el 11 de noviembre de 2010, la Ley 1413, “la primera de América Latina “por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta para la definición e implementación de políticas públicas” (Congreso de la República, 2010).



Lectura en voz alta en el pasillo del 4 piso, II semestre, 2014

Fuente: Unimonsertate, 2014

Arango precisa en su capítulo sobre *El trabajo y la ética del cuidado* que, esta ética-política no emana únicamente de las mujeres ni de “todas” las mujeres, pues el surgimiento del cuidado como “actividad” no es otro que el trabajo doméstico y de cuidado, un universo generizado por el patriarcado, luego no deriva de una “naturaleza” biológica de las mujeres, pero no todas las mujeres están concernidas de la misma manera por estas actividades, puesto que hay divisiones de clase. Luego, la ética del cuidado no puede ser definida como una “ética femenina” opuesta a una “ética masculina” basada en la justicia.

Es decir que, más allá de una dimensión psicológica con la cual se explicaría esta *voz moral diferente*, subyace una dimensión sociopolítica y una utopía, “hacer del cuidado una ética de los marginados en general” de la que no estamos excluidos los varones, pero a quienes una falta de experiencias de cuidado sí nos priva de esta importante capacidad moral (Comins, 2003). También, construir una democracia liberada del sistema patriarcal y de los males que le están asociados como el racismo, el sexismo, la homofobia y otras formas de intolerancia y de ausencia de cuidado. La atención, el cuidado y la respuesta no son asuntos de la mujer, sino preocupaciones humanas en las que la justicia y los derechos se cruzan con las cuestiones del cuidado y la responsabilidad (Guilligan, 2009).

Arango destaca que el cuidado no es meramente una *actitud* o una disposición hacia los otros, ni un trabajo solo *reproductivo* de bienes y servicios, demeritado por varias escuelas económicas -incluido el marxismo-, pues las prácticas de cuidado desarrollan importantes contribuciones a la economía y la sociedad en general. Hoy, tras el redimensionamiento del concepto de trabajo doméstico por el de “economía del cuidado”, se designa no sólo un trabajo realizado para conservar la propia vida, sino la vida de muchas otras personas, quienes son cuidadas, tomadas a cargo, asistidas y educadas por profesionales especializados o familiares, entre los que cabe mencionar, las niñas y los niños, las personas ancianas, enfermas o en condición de discapacidad (Arango, 2011a).

Además, el cuidado implica un “trabajo emocional”, palmario en el ámbito doméstico y privado de las familias y los hogares, como en la atención de las clientelas del variopinto sector de los servicios, en empleos mayoritariamente femeninos, pero también en “cadenas globales de cuidado” que conectan a mujeres del Norte y del Sur en intercambios desiguales, a través de fenómenos como la migración, la división internacional del trabajo y la globalización (Arango, 2011a).

Este costado emocional del cuidado, como un trabajo que demanda responsabilidad a largo plazo, conlleva también di-

mensiones ansiogénicas de cansancio y desaliento, que exigen politización del cuidado, reconociendo el valor del cuidado en el plano simbólico y apelando a la vigencia colectiva de la ética de la justicia y su garantía de derechos, pues las desiguales características de la globalización y en Colombia de la violencia y el desplazamiento forzado, han precipitado una privatización del cuidado, profesional o no, en las instituciones y los hogares (Arango, 2011a).

Al respecto, la literatura especializada refiere el síndrome de desgaste profesional (*occupational burnout*), producto de una respuesta prolongada de estrés emocional o interpersonal que ocasiona una fatiga crónica, el agotamiento emocional, la despersonalización y sentimientos de baja realización personal o frustración. En el campo de las prácticas de cuidado se habla del “síndrome del cuidador cansado” o de la “fatiga por compasión” que pueden generar acciones de descuido, indiferencia, agresividad y crueldad de parte de los cuidadores, como también del resentimiento, la hostilidad y la resistencia de la persona cuidada, siendo indispensable pensar el cuidado del cuidador en medio del don de la hospitalidad.

Por eso, en este mismo libro, Patricia Paperman plantea un necesario paso de lo ético a lo político en las actividades del cuidado, para que el cuidado y los cuidadores tengan verda-

dera legitimidad, dejando de ser trabajos desvalorizados o invisibilizados. Apoyada en Joan Tronto (1993), define las prácticas de cuidado mediante dos dimensiones indisociables, una ética siempre contextual, concreta y condicionada por la historia, como por las actividades y el trabajo que son su expresión:

(...) una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’, de tal manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (selves) y nuestro entorno, que buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida (Paperman, 2011, p. 26).

Para ella, la ética del cuidado se basa en los miramientos continuos, particularizados y cotidianos dirigidos a los otros, tradicionalmente reducidos a “buenos” sentimientos privados asociados al amor, la piedad y la compasión de las mujeres y otros grupos sociales que asumen actividades de *care*, o motivos irracionales de acciones racionales, pero desprovistos de dimensión ético-política, por lo que las perspectivas feministas del cuidado abogan por la importancia del cuidado para la vida humana, las relaciones sociales y la posición social de los cuidadores, mostrando que la vulnerabilidad y la dependencia no son accidentes que les suceden “a los otros” sino una “condi-

ción original” de todos y acentuando la reactividad o capacidad de respuesta (*responsiveness*) ante situaciones particulares, sin diferenciar a los individuos.

A partir del debate Kohlberg-Guilligan, están las elaboraciones de Nel Noddings sobre el cuidado, entendido como una necesidad ontológica de lo humano que se satisface a través de redes de cuidado donde se relacionan personas que cuidan y que son cuidadas para contribuir a un mutuo bienestar, lo que exige una actitud (una consideración, un impulso y una disposición). Estas relaciones recíprocas de cuidado concitan intensidades, recepción y reconocimiento, además de sentimientos y preocupaciones de compromiso que se complementan con la libertad, la creatividad y la responsabilidad. En el compromiso del cuidado se presentan fluctuaciones en la intensidad según sea la energía motivacional que se tenga hacia el otro. Una paradoja en las relaciones de cuidado es que el cuidador también desea el bienestar del cuidado, lo que incluye la receptividad y el cuidado de la persona cuidada.

Otro aspecto destacable del cuidado es la necesidad de aprender a desarrollar tales prácticas, lo que implica ambientes propicios y una educación moral para desarrollar actitudes, destrezas y deseos de hacerlo, puestos que se aprende alrededor de prácticas cuidadosas donde es clave el ejemplo, el diálogo

la práctica y la confirmación afirmativa de parte de los otros. El desarrollo del cuidado como una cultura implica el cultivo de la compasión empática que se desarrolla desde la crianza y la educación. En los contextos educativos se presenta una verdadera crisis del cuidado asociada a la globalización, en gran medida porque se piensa la escuela centrada en el rendimiento y la exigencia académica, relegando los propósitos morales de la formación y porque no se enseña el cuidado de los semejantes. En ese sentido una educación moral, no forma solo a las personas sino a sus propósitos, políticas y métodos, por lo que cree necesario desarrollar escuela como centros y comunidades de cuidado alrededor de seis pasos programáticos: a) no perder el objetivo de cuidarse mutuamente, b) desarrollar un clima propicio para el cuidado de todas las relaciones, c) reprimir el impulso de controlar para que se aprenda que el cuidado y el saber necesita un ambiente libre de intimidaciones, d) desmontar jerarquías para que los estudiantes puedan planear su propio currículo, fomentando acciones de cuidado, ayuda, cooperación y empatía, e) incrementar el tiempo diario hacia temas relativos a las relaciones de cuidado, f) enseñar que en cualquier campo el cuidado implica competencias y capacidades, y g) darle la oportunidad a que las relaciones de cuidado mejoren los procesos de enseñanza-aprendizaje producto de mejores relaciones interpersonales (Pulido, 2014).

A su vez, feministas como Christine Delphy propuso que el trabajo de las mujeres es un “modo de producción doméstico”, fuente de las desigualdades entre mujeres y hombres en el mercado de trabajo, Colette Guillaumin afirmó que las mujeres constituyen una clase social apropiada económicamente en provecho del patriarcado y Linda Nicholson han contribuido al desarrollo del concepto de “economía de cuidado”, lo mismo que Arlie Russell Hochschild sobre el concepto de “trabajo emocional”, Joan Tronto y Berenice Fisher han ayudado a precisar el concepto de “cuidado” sin disociar trabajo y ética, como una característica central de los regímenes de bienestar. Irene Comins Mingol (2003; 2009) ha realizado la incorporación de los valores y prácticas del cuidar en el currículo escolar como parte de una coeducación para la paz.

Para ella, las tareas de atención y cuidado no se restringen sólo a niños, enfermos y ancianos, sino que se prodigan a todos los que no tienen satisfechas sus necesidades básicas, por tanto, las relaciones de cuidado no se circunscriben a la esfera personal o privada, sino que se extienden al ámbito político y al contexto global internacional, algo paradójico, pues se supone que el cuidado es una moral de la cercanía y de la relación interpersonal, pero no aplicable a la distancia, por lo mismo que, el cuidado dispensaría un trato especial a los más próximos, ignorando a los más lejanos sin importar sus necesidades de cuidado.

Sin embargo, el empleo de la ética del cuidado a la esfera pública supone un trato con sujetos concretos, con los que se previene la agresión y se satisfacen sus necesidades, ya que el cuidado parte del cuidado de sí. Desde su Investigación para la Paz, Comins cree que es importante una educación en una ciudadanía mundial, orientada desde la perspectiva de la ética de cuidado, para que no existan leyes de extranjería excluyentes sino leyes de hospitalidad, ya que el mundo moderno está interconectado e influenciado por políticas públicas y decisiones privadas que afectan a propios y extraños impulsando su emigración. En ese sentido, es importante defender la ética del cuidado desde posicionamientos políticos, como lo ha hecho Johan Tronto. Según ella, el cuidado se compone de cuatro fases: “preocuparse o detectar la necesidad de cuidado, asumir la responsabilidad de ese cuidado, materializar el cuidado y dejarse cuidar. Así el cuidado, con la estructura mencionada puede servir tanto como un valor moral o como la base para el logro político de una sociedad mejor” (Comins, 2008, p. 19).

Este debate tiene relación con la dicotomía público/privado, siendo necesario que las éticas de la justicia y del cuidado incidan en todas las esferas, en vez de refrendar valores específicos para cada una. De ahí la validez del lema feminista de “lo personal es político” porque, así como en lo privado se

necesita más justicia para prevenir las violencias domésticas; al tiempo, en lo público se necesitan nuevos valores, como el cuidado para revitalizar la participación democrática y abordar el problema de la pobreza y de velar por los intereses de los grupos más desprotegidos. De allí que seguirán surgiendo propuestas de aplicación de la ética del cuidado a las políticas de justicia social. En lo que respecta a los problemas de la ciudadanía, la participación social y la construcción de una cultura para la paz, son necesarios contextos de justicia, equilibrio e igualdad, pero también motivaciones éticas como el cuidado de los otros, que son un lenguaje menos tosco que el de los derechos, basado en concepciones estáticas y generales y en competencias y propósitos de sujetos autónomos.

Los valores ciudadanos tradicionales de justicia, igualdad y libertad, inscritos en un lenguaje de derechos, está empobrecido por su insensibilidad hacia los valores relacionales aprendidos y desarrollados en la práctica ética del cuidado (Comins, Op. cit., p. 23).

En ese sentido, la inclusión de mayor número de mujeres en la vida política no provoca necesariamente una mayor igualdad ni un cambio en los valores, si ellas terminan asimilando el modelo masculino. Por eso, es importante el cuidado para reformular el concepto de ciudadanía asentado en la autono-

mía individualista y utilitarista por uno más comprometido, responsable e interconectado, a fin de superar los vicios de la pasividad, la dependencia, la apatía y la mediocridad. Lo que supone una visión alternativa derivada del apego, el cuidado y la atención en vez del conflicto y la competición como eje de las relaciones humanas básicas.

El cuidado como proceso social y como actividad propia de una sociedad civil participativa se desarrolla en tres fases que se pueden resumir en: 1. Ser sensibles y detectar las necesidades sociales, 2. Asumir la responsabilidad y la potencialidad para ser agente de cambio, 3. Realizar las acciones pertinentes (Mingol, Op cit., p. 27).

Fases	Descripción	Valores-Competencias
Caring about Preocuparse por	El proceso de detectar las posibles necesidades o carencias.	La capacidad de atención y percepción. La capacidad de empatía y de ponerse en el lugar de los otros.
Taking care of Asumir la responsabilidad	El proceso de asumir la responsabilidad de que algo puede realizarse.	La capacidad de sentirse responsable, competente, capaz de cambiar las cosas y participar.
Caregiving Cuidar	Llevar a cabo las actividades de cuidado que aseguran la satisfacción de las necesidades.	La capacidad y los recursos para dar el cuidado atendiendo a la peculiaridad de cada contexto.

En Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana convocó *un Congreso sobre las éticas del cuidado y la compasión* en 2004 (Cf. Mesa, 2005), como nuevo paradigma civilizatorio para remediar la falta de cuidado de la naturaleza, de los recursos escasos y el peligro de desaparición de la especie. Además de la Constituyente y de la Constitución de 1991, estas formas concretas de conformación de un *ethos* democrático convivencial y ciudadano podían ser enriquecidas desde una propuesta de formación emocional y espiritual, que resultaron enfocadas a la importancia del cuidado en los trabajos de Noddings desde la ética de lo femenino (cuidar y ser cuidado) que enriquecen la tradición moral fundada en lo masculino (la obligación y el deber) propuesta por Kohlberg. Sobrepassando también el pensamiento cartesiano, donde prevalecen la razón y el conocimiento intelectual, las vías de la sensibilidad muestran en

cambio que, “la compasión sería la forma radical del cuidado”, al renunciar al dominio, la violencia y el uso estratégico del otro. De esta manera los distintos conferencistas llamaron su atención sobre cuestiones específicas como el cuidado del cuerpo, del espíritu, de las palabras, los desafíos de la ética de la compasión a la docencia, el cuidado del medio ambiente, de las relaciones familiares y de la vida familiar, la experiencia de cuidado de los esclavos indios y negros del Padre Claver en Cartagena, el cuidado de la comunicación, las relaciones de cuidado en el aula y en la institución educativa, el cuidado y el juego, el cuidado del niño, el cuidado del intelecto y el cuidado de la sociedad.

Especialmente Francisco Cajiao (2007) y Bernardo Toro (2014), han hecho desarrollos sobre el cuidado como nuevo paradig-

ma ético de la educación y base de una educación sin indiferencia, respectivamente. También es destacable el trabajo de Leonardo Boff (2002; 2012) quien, a partir de aclarar los fundamentos cosmológicos y antropológicos de este nuevo paradigma del cuidado, tendría particulares aplicaciones en medicina, enfermería y educación, además, Flavia Marco Navarro (2014), auspiciada por la ONU y la CEPAL ha destacado la importancia de estandarizar la prestación del cuidado y la educación para la primera infancia.

En el trabajo histórico-crítico del pensamiento adelantado por “el último Foucault” entre 1976 y 1979, donde puso el acento en el sujeto, la ética y la experiencia, examinando el principio de *cuidado de sí*, él ubica la emergencia de la ética del cuidado en la antigüedad greco-romana, anteriores a Platón (entre Sócrates y los inicios de la patrística cristiana), producto de una “preocupación por sí mismo” (*epimeleia heautou*) y vinculada a prácticas y técnicas de transformación de la experiencia, antes que por un “conocimiento de sí mismo” (*gnothi seautori*), (Cubides, 2006).

Como muestra Foucault (2002a, 2002b y 2002c), las prácticas de sí han pasado por distintos momentos, desde la Grecia clásica, las escuelas helenísticas, el pastorado cristiano, el liberalismo clásico de finales del siglo XVIII, el ordoliberalismo alemán de comienzos del siglo XX y el neoliberalismo contem-

poráneo. En la contemporaneidad, ese trabajo crítico sobre nosotros mismos, que implica el cuidado de sí, podría concebirse como una actitud ética respecto del tiempo presente, signado por los diferentes liberalismos y por las relaciones entre la subjetividad, la verdad, el poder y la conducta individual, lo que implica también preocuparse por los otros para devenir en un sujeto político que se autogobierna y gobierna a los otros a través de relaciones de poder y saber.

Desde la óptica de Cubides (Op cit., p. 10), el cuidado de sí tiene implicaciones epistemológicas, éticas y políticas para comprender al sujeto, aunque Foucault priorizó el estudio de los efectos políticos, a partir de estudiar las condiciones en que tiene lugar el modo de subjetivación -y de objetivación- que está presente en el proceso de conocimiento y construcción de saberes y discursos, distinguiendo que el “modo de subjetivación” refiere una determinación de lo que debe ser el sujeto, la condición a la cual está sujeto (por ejemplo alrededor de la constitución de las ciencias humanas), la posición que asume para llegar a ser sujeto legítimo de determinado conocimiento y por “objetivación” entiende la determinación de las condiciones por las cuales algo puede llegar a ser objeto para un conocimiento posible, la forma como se lo problematiza (los sujetos y sus prácticas científicas signados por relaciones de poder).

Foucault entiende por técnicas de sí aquellas que “permiten a los individuos efectuar solos o con la ayuda de otros, algunas operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas y su modo de ser, así como transformarse, a fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de fuerza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad (Sáenz, 2010, p. 106).

En tanto que el poder es una relación entre fuerzas, y no una propiedad o posesión personal, tales fuerzas desarrollan acciones en el despliegue de su potencia, que las llevan a afectarse con diferentes intensidades, produciendo modos de devenir múltiples y no únicos; de allí la complejidad de los seres y las composiciones y descomposiciones de fuerzas que se alcanzan. Estas técnicas de sí, conectadas con prácticas de sí, se convierten en la condición para gobernar la propia conducta y la conducta de los otros, lo que suscita en la pedagogía la pregunta sobre cómo constituir acciones educativas, para que los sujetos sean capaces de gobernarse a sí mismos y a los otros, sin obedecer exclusivamente al Estado, a la Iglesia, al sistema capitalístico y sus industrias de comunicación.

De allí que, numerosos trabajos se pregunten cómo podría enseñarse el cuidado de sí como una práctica de libertad o como una antropológica (Sloterdijk, 2012), sin incurrir por ello en el proyecto gubernamental neoliberal que liga a la educación con la producción (Veiga-Neto, 1997), porque en las técnicas y prácticas de sí subyace la posibilidad del diseño y creación

de posibilidades de existencia, lo que está en la base de las preguntas sobre la formación de los sujetos, pero no exclusivamente a través de relaciones académicas con el saber, el conocimiento y las ciencias, sino escogiendo un diseño o una ejercitación estética de sí. Esto implica un estudio histórico-genealógico para comprender las condiciones de emergencia del cuidado de sí dentro de la circunstancia histórica de las sociedades esclavistas greco-romanas, su trasmutación en técnicas del pastado cristiano sujetas a la obediencia de un director espiritual y de la institución eclesial durante toda la Edad Media, su reconversión en técnicas e instituciones disciplinarias bajo la constitución de los Estados-nación y la actual configuración que tienen bajo la gubernamentalidad neoliberal y ultraconservadora del empresariado de sí.

Hay coincidencia entre este énfasis del feminismo de Gilligan que aboga por el reconocimiento de la ética del cuidado como parte de una razón práctica a la que Kant y Habermas no reconocen ser, ni conocimiento, ni objeto de conocimiento, y la teorización de Foucault respecto de las dimensiones relacionadas del saber y del poder, porque se trata de técnicas y prácticas que, al ser ejercidas, permiten rastrear continuidades históricas, pese a la ruptura entre épocas y hasta el presente de lo que está pasando aquí y ahora en la sociedad contemporánea. Aunque el saber y el poder son prácticas de

diferente naturaleza; pues el saber está estratificado o apilado en formaciones discursivas, enunciados discursivos y no-discursivos, el poder son relaciones informes entre fuerzas múltiples, es decir, que configuran situaciones estratégicas complejas, ya sea para obedecer o mandar. Luego no son acciones para aniquilar el poder de las otras fuerzas -pues las relaciones entre fuerzas nunca son violentas-, sino acciones de poder sobre acciones o conductas de sí y de los otros (Deleuze, 2013 y 2014).

Entonces, estas técnicas y prácticas estéticas de “preocupación por uno mismo” y de cuidado de sí, son en últimas una “nueva posibilidad estratégica” para asumirse a sí mismo desde relaciones de poder y no desde estados de dominación, lo que le permite al sujeto asumirse a sí mismo como su propia obra de arte, ejercitando o experimentando prácticas de libertad, que al tiempo que son éticas, conllevan una estética y una política. Porque la ética puede constituirse en una condición muy fuerte de existencia, en tanto práctica reflexiva sobre la conducción de la vida que se lleva a cabo en la acción; por lo cual, la ética y la estética de la existencia siempre estarán conectadas con lo político. Esta composición triádica implica asumir también una postura pragmática:

Por práctica Foucault se refiere a lo que los hombres realmente hacen cuando hablan o cuando actúan. Es decir, las prácticas no son expresión de algo que esté “detrás” de lo que se hace (el pensamiento, el inconsciente, la ideología o la mentalidad), sino que son siempre manifiestas; no remiten a algo fuera de ellas que las explique, sino que su sentido es immanente. Tras el telón no hay nada que ver ni escuchar, porque tanto lo que se dice como lo que se hace son positivities. Las prácticas, en suma, siempre están ‘en acto’ y nunca son engañosas. No hay nada reprimido o alienado que haya que restaurar, y nada oculto que haya que revelar. El mundo es siempre, y en cada momento, lo que es y no otra cosa: aquello que se dice tal como se dice y aquello que se hace tal como se hace. Para Foucault lo no dicho o lo no hecho en una época determinada no existe y, por tanto, no puede ser objeto de historia (Castro-Gómez, 2010, p. 28).

¿Por qué razones deben los ciudadanos dejar en manos de otros sus relaciones consigo mismos? ¿No es acaso posible que ciudadanos y ciudadanas se ocupen de sí mismos sin la necesidad de poderes pastorales y disciplinarios? Quizá pueda incluso cuestionarse un modelo de formación moral como el de las “competencias ciudadanas”, promoviendo una forma de autogobierno que sea autocreación y no sólo gestión de las emociones para la convivencia pacífica (Sáenz, Op cit., p. 109).

A modo de conclusión

Las prácticas educativas que se realizan en los espacios sanitarios no son pedagógicas porque tengan como mira la escolarización de niños enfermos, ni hospitalarias porque se realicen en hospitales. La “pedagogía hospitalaria” no es pedagógica y hospitalaria por sí misma, es decir, porque esta denominación parezca indicar “evidentemente” tales atributos o características, como si se tratara de algo “esencial” o característico de este movimiento educativo. Cada práctica educativa que se desarrolle en este campo de trabajo académico interdisciplinario, donde se interceptan o articulan de manera compleja la educación, la salud y la comunicación, debiera obligarse a explicitar y explicar por qué es pedagógica, por qué es hospitalaria, por qué es innovadora o experimentadora desde el punto de vista pedagógico, a sabiendas que la innovación educativa es motor de la investigación pedagógica y didáctica.

La investigación es educativa si está relacionada con las prácticas educativas, pero toda innovación implica planificación, diseño, elaboración, aplicación, reflexión, un cambio de concepciones, un medio para cambiar y mejorar las propias prácticas, así no haya de por medio una gran invención, siendo inexcusable, dar cuenta de la intencionalidad pedagógica, ética y política con la que se procede en un campo de trabajo donde hay múltiples prácticas y modos de hacer.

La pregunta por la hospitalidad y las éticas del cuidado forma parte del trabajo investigativo de la Fundación Universitaria Monserrate, que continuamos con la sistematización de las prácticas educativas en la Fundación HOMI (Hospital de La Misericordia), 2000-2010, y ejecutado entre 2010 y 2012, donde comenzamos a rastrear “principios” con los cuales orientar la formación y la acción práctica de nuestros estudiantes en los hospitales y en algunas fundaciones y organizaciones que atienden niños, niñas, adolescentes y jóvenes enfermos y en condición de discapacidad.

Siguiendo tales “principios” pensamos que la hospitalidad es una ética vinculante con las infancias y los niños, que la relación con el saber y el conocimiento es algo a construir con las propuestas de enseñanza-aprendizaje, porque no hay que dar por descontado que todas las personas desean el saber, el conocimiento y la ciencia, menos aun cuando están enfermas, que esta pedagogía debe comprometerse a desarrollar esa cultura de los Derechos del Niño, y en especial los derechos de participación que se instituyeron como novedad de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que el cuidado de sí, del otro y del ambiente podría ser desarrollado cabalmente como una ética y una estética para ayudar a desarrollar modos de subjetivación donde la preocupación por sí mismo se convierta en nueva posibilidad estratégica para un estilo de

existencia, pese a la enfermedad y el peligro de morir, y que todos estos aspectos o dimensiones permitan una vitalización de las relaciones, del propio cuerpo y de los ambientes en que estos niños, niñas y cuidadores existen. En suma, son unos fundamentos para una educación que interpele y cuestione las prácticas de las culturas escolares, familiares y comunitarias a donde con seguridad retornarán estas personas.

Como creemos haber demostrado, las éticas de la hospitalidad y del cuidado para consigo mismos y con el otro, son éticas, estéticas y políticas de la alteridad, máxime cuando identificamos ese otro con rostros o figuras del sufrimiento, la miseria, la exclusión, la marginalidad, la inhumanidad o la deshumanización en que están colocadas ciertas figuras de la extranjería como los emigrantes, desprotegidos, ilegalizados, y toda suerte de explotados, excluidos, recludos, prostituidos, perseguidos, expulsados, o que se hallan enfermos o “discapacitados”; debiera servir para producir una educación y un derecho hospitalario, así como una política de la hospitalidad efectiva, como también de un cese de las guerras, de las violencias y la connivencia del poder con la corrupción en este país.

Una *orientación ético-política de la práctica hospitalaria* debe facilitar conocer, comprender y participar cómo contribuir en

la reestructuración de las visiones sobre las infancias, cuestión que viene ocurriendo en todas las ciencias sociales, máxime cuando la condición de enfermedad, sufrimiento y hospitalización del niño impulsan a pensarlo sólo desde la necesidad, lo que le falta, la protección y la asistencia, desestimando sus potencias imaginativas y creativas, siempre presentes, porque se desconoce que el cuerpo es un campo de fuerzas en el que hay que indagar por su voluntad de poder, desarrollando la sensibilidad y un trabajo de los sentidos, afectos y sentimientos, explorando “prácticas de cuidado de sí”, como forma de criticar el racionalismo técnico-instrumental en la pedagogía, que centra su interés en la cognición o los saberes y aprendizajes de la escolaridad formal.

En la salud -definida por el cirujano francés René Leriche como el “silencio de los órganos”-, el cuerpo parece *ausente* porque sus partes funcionan con armonía, pero de forma ineludible, todos pasaremos un tiempo de enfermedad; una experiencia que nos hace conscientes de la *presencia* -y fragilidad- del propio cuerpo y de la vida. Pero la enfermedad podría ser pensada desde la afirmación del cuerpo, como un campo surcado por fuerzas orgánicas, humanas, históricas, institucionales, religiosas y morales, porque la enfermedad y la salud son procesos histórico-sociales que evidencian cómo el cuerpo se ha ido componiendo con un sinnúmero de fuerzas que,

a la postre, resultan vitales o mortíferas y con las cuales cultivamos, a la vez, afectos amorosos y de antipatía. En la prueba del tiempo de la enfermedad, cualquier sujeto -sin importar su edad o condición social-, puede enfilarse estas afecciones de amor y odio y la potencia de estas fuerzas hacia lo vital o hacia lo funesto.

Una práctica pedagógica hospitalaria puede contribuir a ese esclarecimiento subjetivo de incremento o debilitamiento de las pasiones alegres o tristes. En ese sentido, un acogimiento alegre y generoso del rostro del otro, la relación con el saber, las estrategias de cuidado y de empoderamiento subjetivo, pueden encaminar al niño enfermo hacia aprendizajes respecto de fuerzas de apogeo o de decadencia. Ese proceso formativo no inicia sólo con la atención del niño, debe tener lugar en el pedagogo que eligió practicar en condiciones educativas el cruce entre lo vital y lo mortífero, donde batallan por un cuerpo, es decir, se juega el deseo de quien quiere ex-

perimentar qué puede ser un pedagogo en el hospital; una voluntad de saber y poder que inevitablemente lo confronta con la pregunta reflexiva sobre cómo, hacia dónde y con qué intensidad está dirigiendo su propia vida.

Por tanto, los principios para practicar una pedagogía hospitalaria de las infancias no son para el otro, sino para que el docente en formación profundice cómo salir mejorado de su hostilidad hacia las posibilidades de novedad, nacimiento, inicio y creación presentes en la propia infancia y en la infancia del otro ²⁹. Pero la infancia no es una edad de la vida, no es un tiempo pasado ni un “niño interior” a recobrar, hay infancia en cualquier edad, en cualquier momento y en cualquier lugar. Por eso, una práctica pedagógica hospitalaria es una pedagogía del acto presente, tiene lugar o no, aquí y ahora. Ante la experiencia de una situación límite que nos sobrepasa, sólo un testimonio puede indicar que asimismo acontece lo educativo por vía de lo no intencional:

²⁹ Freud explica que los propósitos médicos o pedagógicos pueden fracasar cuando el paciente encuentra “refugio en la enfermedad”, una situación donde no prevalece la voluntad de curación, sino la necesidad inconsciente de estar enfermo, lo que redundaría en dos tipos de ganancias para el síntoma neurótico; en una ganancia primaria cuando el paciente decide no luchar por su vida o su salud sino refugiarse en la enfermedad: “Acaso se deba a que la tramitación de un conflicto mediante la formación de síntoma es un proceso automático que no puede estar a la altura de las exigencias de la vida, y en el cual el hombre ha renunciado al empleo de sus mejores y más elevadas fuerzas. De existir una opción, debería preferirse sucumbir en honrosa lucha con el destino” (Freud: 1937, p. 350). También utiliza la noción de aprovechamiento secundario de la enfermedad, como una ganancia posterior en el tiempo donde el paciente resulta beneficiado porque utiliza su desgracia como modo, por ejemplo, de mover la compasión por su enfermedad para subsistir.

Más que una historia o anécdota, es un profundo agradecimiento para aquellos seres humanos que regalan amor y felicidad.

Mi hija se llama Antonia, desde siempre mi princesa. Su primer año de vida transcurría de manera normal, luego comenzaron los inconvenientes de salud y de manera recurrente estos quebrantos eran más frecuentes y fuertes, llegaron los exámenes generales y especializados, las consultas con médicos especialistas, las hospitalizaciones y también la angustia por un diagnóstico indeterminado ante tantos momentos aciagos, de noches interminables y días de dolor.

En esa ruta de incertidumbre llegamos a un lugar maravilloso llamado HOMI, allí encontramos manos amigas de ángeles que siempre estaban decididos a dejar su último esfuerzo por preservar la vida de mi princesa. Recuerdo una ocasión en la que Antonia fue remitida de otro centro asistencial en condiciones de extrema gravedad, allí un médico de urgencias la recibió, y aunque sólo le quedaban dos horas para finalizar su turno, se quedó 36 horas ininterrumpidas junto a mi hija, hasta asegurarse que estaba fuera de peligro, este fue uno de los tantos milagros ocurridos al interior de este hospital, al cual le guardo gran respeto y admiración.

Seguimos la ruta de esta historia desde el interior del hospital. Fueron incontables las noches y días de hospitalización, exámenes

de diversas complejidades, incluidos y no incluidos en el POS, niveles de estrés y ansiedad para cada miembro de la familia por pérdidas de conciencia por parte de mi ángel, que llegaron hasta 31 días, como periodo máximo de un estado de coma. Su mamá siempre a su lado, las jornadas y cadenas de oración permanentes, los nervios al extremo por los ayunos prolongados y las pocas horas de sueño, el equipo médico atento y dispuesto a servir.

Aun así, se fue deteriorando el ánimo de nuestra hija al sentirse invadida por los constantes procedimientos médicos, los cuales podían llegar a 15 diarios, entre muestras de sangre, orina, coprológicos, endoscopias, ecografías, muestras de sudor, radiografías, procesos de toma de oxigenación, análisis de presión y de pulso, y las llamadas "intubaciones". Este ángel terminaba con sus pequeñas venas de los pies y de las manos y hasta del cuello, demasiado lastimadas. El dolor y agonía no eran solo de nuestra hija, sino compartida por su madre y por mí, y sentíamos como propios esos dolores, la impotencia que acompañan los malos resultados que son inducidos por el deseo interno de ese ángel por dejar de sufrir y su constante pregunta: "¿Por qué papá?", lo que nos partía el alma con la subsiguiente respuesta de: "Es necesario amor, para que estés bien".

Casi al borde del colapso, y sin esperanzas a la vista, el Señor Jesucristo nos envió un sábado en la mañana un par de ángeles con una sonrisa del alma que llegó a expiar las culpas y el dolor que no lográbamos sacar con nada de la piel de Antonia, no

← Pedagogía hospitalaria →

sabíamos qué hacer, y menos ante la pregunta súbita y desbordada: “¿Quieren jugar...?”, parecía una broma o una falta de respeto, ante un ser que había sufrido tanto el dolor físico y emocional. Solo Antonia contestó, como si fuera algo instintivo, esencial, vital y como si no hubiera otro momento, su respuesta fue tajante, determinada y positiva: ¡SÍ! QUIERO JUGAR. Esa mañana de sábado fue maravillosa, casi surreal, no esperábamos que pudiera siquiera levantarse de la cama, pero no solamente fue capaz, también salió al área de entrada del pabellón Nacho y se dispuso a participar en todos los juegos que le sugerían las señoritas de la Fundación Universitaria Monseñorate, con su docencia hospitalaria. Ese día comió bien, mejoraron sus signos vitales, su nivel de oxigenación subió casi a niveles normales, no teníamos como dar crédito a este milagro que en un momento mejoró la vida de nuestra hija. De allí en adelante, en sus hospitalizaciones siempre estaba ávida de que llegara el sábado porque era su día de jugar, su día de vivir. Aprendimos con esta lección de vida y de amor que “yo puedo ser la diferencia”, de acuerdo a cómo se asuma una situación. Descubrimos que hay seres humanos que están dispuestos a regalar amor y felicidad sin reserva alguna, sin prejuicios. Esto nos cambió la vida. ¡Gracias! ¡Gracias! ¡Gracias! (Molina, 2020).



Realización de actividades conjuntas con Fundalectura, Fundación Sanar y el programa de Licenciatura en Educación Preescolar en el servicio de Oncología de la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI), primer semestre de 2015.

Fuente: Unimonseñorate, 2015

Referencias Bibliográficas

- Aedo, Á., Murray M. y Bacchiddu, G. (2017). Hacia una ciencia social crítica. Entrevista a Didier Fassin. Andamios, 14 (34), 351-364. Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/628/62854825015/index.html>
- Arango, L. G., (2011a). El cuidado como ética y como trabajo, en Arango Gaviria, L.G y Molinier, P. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta Editores - Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, pp. 15-21.
- y Molinier, P. (2011b). El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta Editores - Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Ayuso Díez, J. M. (1998). Arrostrar la idolatría. Convertir las miras del Yo, en Emmanuel Levinas. Un compromiso con la Otredad. Pensamiento ético de la intersubjetividad. Revista Anthropos: Huellas del conocimiento, No. 176. Barcelona: Anthropos Editorial del Hombre, pp. 44-524.
- Bataille, G. (1987). La noción de gasto, en La parte maldita. Barcelona: Editorial Icaria, S.A., pp. 25-43.
- Bárcena, F. y Melich, J.-C. (2000). La educación como acontecimiento ético: natalidad, narración y hospitalidad. Madrid: Paidós Ibérica.
- Bejarano Roncancio, J. J. (2016). TLC aumenta malnutrición de los colombianos, UN Periódico, No. 197, marzo, p. 6. Recuperado de <https://issuu.com/medios-digitales/docs/unperiodico197>
- Beltrán Villegas, A. R.; Peñaloza Quintero, R. E.; Salamanca Balen, N.; Rodríguez García, J. y Rodríguez Hernández, J. M. (2014). Estimación de la carga de enfermedad, para Colombia, 2010. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Benítez Prudencio, J. J. (2010). Cosmopolitismo y neoestocismo, hoy, en Daimon. Revista Internacional de Filosofía, Supl. 3, pp. 347-354. Recuperado de: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/119511/112571>
- Benhabib, S. (2006). El ser y el otro en la ética contemporánea: feminismo, comunitarismo y posmodernismo. Barcelona: Gedisa.
- Benveniste, É. (1983). Vocabulario de las instituciones indoeuropeas. Madrid: Taurus.
- Boff, L. (2012). El cuidado necesario. Madrid: Trotta.
- (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la Tierra. Madrid: Trotta, S.A.
- Bourdieu. P. y Wacquant, L. (1995). Respuestas por una antropología reflexiva. México: Editorial Grijalbo, S.A.
- Breilh, J. (2013). El debate determinantes-determinación: aportes del análisis teórico, epistemológico y político, en Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública [online], Vol. 31, Supl. I, pp.13-27. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

- Cajiao Restrepo, F. (2007). Ética del cuidado para una educación sin indiferencia. Bogotá, D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Secretaría de Educación Distrital. Recuperado de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Etica-Del-Cuidado-Para-Una-Educacion/3630771.html>
- Castro-Gómez, S. (2010). Historia de la gubernamentalidad: razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogotá, D.C.: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana - Instituto Pensar; Universidad Santo Tomás de Aquino.
- Chan, M. (2013). WHO Director-General addresses health promotion conference, Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10 June. Recuperado de https://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/
- Comins Mingol, I. (2003). La ética del cuidado como educación para la paz. Universitat Jaume I. Departament de Filosofia, Sociologia i Comunicació Audiovisual i Publicitat, Castellón, Tesis Doctoral. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/10455>
- _____ (2009). Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz. Madrid: Antrazyt.
- Concejo de Bogotá, D.C. (2010). Acuerdo 453, 24 de noviembre, "Por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud". Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40792>
- Congreso de la República (2006). Ley 1098, en Diario Oficial No. 46.446, 8 de noviembre. "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia". Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html
- _____ (2010). Ley 1413, en Diario Oficial No. 47.890, 11 de noviembre. "Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas". Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1413_2010.html
- _____ (2014). Ley 115, 8-feb. "Por la cual se expide la Ley General de Educación". Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=292>
- _____ (2015). Ley 1751, 16 de febrero. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Ley/201751/20de/202015.pdf>
- _____ (2016). Ley 1804, "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones", 2 de agosto. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm
- Conill-Sancho, J. (1997). El poder de la mentira. Nietzsche y la política de la transvaloración. Madrid: Tecnos.
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (2004). Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas. Buenos Aires. Paidós.

- Cragnolini, M. (1999). Tiempo de la salud, tiempo de la enfermedad, en *Escritos de Filosofía*, Nos. 33-34, pp. 109-119.
- Cubides Cipagauta, H. (2006). Foucault y el sujeto político: ética del cuidado de sí. Bogotá: Siglo del Hombre Editores-Universidad Central, IESCO.
- Deleuze, G. (1997). Nietzsche y la filosofía. Barcelona: Anagrama.
- _____ (2013). El saber: curso sobre Foucault. Tomo I. Buenos Aires: Cactus.
- _____ (2014). El poder: curso sobre Foucault. Tomo II. Buenos Aires: Cactus.
- _____ (2015). La subjetivación: curso sobre Foucault. Tomo III. Buenos Aires: Cactus.
- Derrida, J. (1995). Dar (el) tiempo: la moneda falsa, Barcelona: Ediciones Paidós.
- _____ (1998). Adiós a Emmanuel Levinas. Palabra de acogida. Madrid: Trotta.
- _____ (2004). Autoinmunidad: suicidios simbólicos y reales, en Borradori, G. La filosofía en una época de terror. Diálogos con Jürgen Habermas y Jacques Derrida. Buenos Aires: Taurus.
- _____ y Duformantelle, A. (2006). La hospitalidad. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- _____ y Dhombres, D. (1997b). Jacques Derrida. El principio de hospitalidad. [Le Monde, diciembre 2]. Recuperado de https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/textos/hospitalidad_principio.htm
- El País.com.co (2014). El 53 % de las muertes entre 1998 y 2011 eran evitables: Observatorio Nacional de Salud, julio 4. Recuperado de: <https://www.elpais.com.co/colombia/el-53-de-las-muertes-entre-1998-y-2011-eran-evitables-observatorio-nacional-de-salud.html>
- El Tiempo (2014). Por muertes tempranas se perdieron 63,7 millones de años de vida*, 4 de julio. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14203716>
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. (Vol. 2). Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Foucault, M. (1983). Una introducción a la vida no fascista, Prefacio del Anti-Edipus. Capitalism and Schizophrenia. Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. xi-xiv. Recuperado de <http://anarquiacoronada.blogspot.com/2014/02/una-introduccion-la-vida-no-fascista.html>
- _____ (1988). Nietzsche, la genealogía, la historia. Valencia: Pre-Textos.
- _____ (1992). Nietzsche, la genealogía, la historia, en Microfísica del poder. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, Tercera Edición, pp.7-29.
- _____ (2002). Vigilar y castigar. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- _____ (2002a). Historia de la sexualidad. I - La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI.

- _____ (2002b). Historia de la sexualidad. 2 – El uso de los placeres. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____ (2003). Historia de la sexualidad. 3 – El cuidado de sí. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____ (2006). La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2013). Obras esenciales. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1976). 24 conferencia. El estado neurótico común, Lecciones introductorias al psicoanálisis, en Obras completas, Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 344-356.
- Frisancho, S. (2006). Ética del cuidado, diferencias con el modelo de Kohlberg (1/3). Blog en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), junio 28. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/item/3434/etica-del-cuidado- diferencias-con-el-modelo-de-kohlberg-1-3>
- Fullagar, S., y Wilson, E. (2012). Critical Pedagogies: A Reflexive Approach to Knowledge Creation in Tourism and Hospitality Studies. Journal of Hospitality and Tourism Management, 19. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/jht.2012.3>
- González-Simancas, J. L., y Polaino-Lorente, A. (1990). Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos. Madrid: Ediciones Narcea S.A.
- Gossain, J. (2018) La verdadera historia de hospitales y clínicas al borde de la quiebra, en El Tiempo, 25 de julio. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/salud/la-verdadera-historia-de-hospitales-y-clinicas-al-borde-de-la-quiebra-247988>
- Guille, G. P. (2015). Las aporías de la hospitalidad en el pensamiento de Jacques Derrida, en Eikasia: Revista de Filosofía, No. 64, pp. 263-276. Recuperado de <http://www.revistadefilosofia.org/64-II.pdf>
- Guilligan, C. (1985). La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2009). Le care, éthique féminin ou éthique féministe ? En Multitudes, Vol. 2, No. 37-38, pp. 76-79. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-multitudes-2009-2-page-76.htm>
- Habermas, J. (1985). Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona: Ediciones Península.
- Kant, I. (1966). La paz perpetua. Madrid: Aguilar.
- Kortanije, M. (2009). La hospitalidad en Jacques Derrida, en Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, No. 22. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/download/.../26200>
- _____ (2007). Antropología de la conquista: la hospitalidad y la escuela de Salamanca, en Sincronía: A Journal for the Humanities and Social Sciences, Fall, Año 12, No. 44, septiembre-diciembre. Recuperado de <http://sincronia.cucsh.udg.mx/kortanijefall07.htm>
- Jabès, E. (2014). El libro de la hospitalidad. Madrid: Editorial Trotta. Larrosa, J. (2013). Experiencia y pasión, en La experiencia de la lectura: estudios sobre

- literatura y formación. México: Fondo de Cultura Económica.
- Levinas, E. (1987a). Totalidad e infinito. Salamanca: Sígueme.
- _____. (1987b). De otro modo que ser o más allá de la esencia. Salamanca: Sígueme.
- _____. (1993). Entre nosotros, ensayos para pensar en otro. Valencia: Pre-textos.
- Lévy, P. (1998). ¿Qué es lo virtual? Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Malishev, M. (2004). La ética del deber, en La Colmena, No. 44, octubre-diciembre, pp. 26-34. Recuperado de <http://web.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena44/Agujon/Mijail.html>
- Marco Navarro, F. (2014). Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina. Igualdad para hoy y mañana. Santiago de Chile: ONU-CEPAL.
- Martínez Domínguez, L. M. (2009). Función educativa de los hospitales y hospicios en España hasta la primera mitad del siglo XIX. La Cuna de Expósitos en las Palmas de Gran Canaria: de la respuesta socioeducativa a la lucha por la supervivencia. En XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio, Vol. 2, págs. 225-234. Universidad Pública de Navarra. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2963223.pdf>
- Martínez García, L. (2000). La hospitalidad y el hospedaje en el camino de Santiago. En El camino de Santiago y la sociedad medieval (pp. 97-110). Logroño: IER. Recuperado de <http://www.vallengjerilla.com/berceo/santiago/hospitalidad.htm>
- Massó Gujarro, E. (2011). Migración senegalesa en España (matrías) de hospitalidad y cosmopolitismo, en J. García Castaño y N. Kressova (coords.). Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones, pp. 1159-1168. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/29840>
- McKenna M, Taylor W, Marks J, Koplan J. (1998). Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control. In: Chronic Disease Epidemiology and Control. Washington: American Public Health Association.
- Medina-Vicent, M. (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. Daimon. Revista Internacional de Filosofía, (67), 83-98. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/199701>
- Mesa, J. A.... [et al.] (2005). La educación desde las éticas del cuidado y la compasión. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Comins Mingol, I. (2008). Informe: La ética del cuidado y la construcción de la paz, Madrid-Castellón: Universidad Jaume I. - Fundación Cultura de Paz CEIPAZ - Icaria Editorial, Documentos de trabajo 2. Recuperado de <http://www.ceipaz.org/images/contenido/2./20Estica/20del/20cuidad0-/20>

IreneComin.pdf

Molina Tovar, J. C. (2020). Antonia, testimonio de un padre de familia, 15 de abril.

Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo, en Arango, L. G., y Molinier, P. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta Editores - Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, pp. 45-64.

Moro Abadia, Ó. (2002). La perspectiva genealógica nietzscheana y la escritura de la historia, en Éndoxa: Serie Filosóficas, No. 16, pp. 291-311. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/endoxa/article/view/5061/4880>

_____ (2006). La perspectiva genealógica de la historia. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.

Mujica, H. (1995). La palabra inicial. Madrid: Trotta.

Nietzsche, F. (2007). Humano, demasiado humano: un libro para espíritus libres. Madrid: Akal.

_____ (2013). La genealogía de la moral. Madrid: Alianza Editorial.

Nussbaum, M. (2005). El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal. Barcelona: Paidós.

Ottenbacher, M.; Harrington, R. & Parsa, H. G. (2009). Defining the Hospitality Discipline: A Discussion of Pedagogical and Research Implications, in Journal of Hospitality & Tourism Research, (33), 263-283. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1096348009338675>

Paperman, C. (2011). La perspectiva del care: de la ética a lo político, en, Arango, L. G., & Molinier, P. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: La Carreta Editores - Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, pp. 25-45.

Penchaszadeh, A. P. (2012). Los desafíos políticos de la hospitalidad. Perspectivas derrideanas, en Alteridades, Vol. 22, No. 43, ene./jun., pp.35-45. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000100004

Pulido Aguilar, R. A. (2014). La pedagogía del cuidado: un desafío para la escuela de hoy. Bogotá, D. C.: Fundación Universitaria Unimonserate.

REDLACEH (2015). Proyecto de ley Marco: Propuesta para el estudio de armonización legislativa sobre derecho a la educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe, 15-may. Recuperado de: https://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/leyes/proyecto-propuesta-estudio-armonizacion-dic-2014.pdf

Sáenz, J. (2010). La política de las prácticas de sí, en Montoya Castillo, M. y Perea Acevedo, A. (eds.). Michel Foucault, 25 años: problematizaciones sobre ciencia,

estética y política. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, pp. 105-110.

- Salazar A. E. (2004). Cuidado y género: debate moral. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana – Centro Editorial Javeriano CEJA.
- Schérer, R. (1996). Cosmopolitismo y hospitalidad, en *Utopías nomades*, Séguier, pp. 65-71. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1847/2/Art/2000I/20Cosmopolitismo/20y/20hospitalidad.pdf>
- Skliar, C. (2008). El cuidado del otro. Buenos Aires: Ministro de Educación, Ciencia y Tecnología. Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente.
- Sloterdijk, P. (2012). Haz de cambiar tu vida. Valencia: Pre-Textos.
- Spire, A., y Derrida, J. (1997, diciembre 19). Sobre la hospitalidad [Programa televisivo, Entrevista en Staccato], en *Palabral: instantáneas filosóficas*. Madrid: Editorial Trotta, 2001, pp. 49-56.
- Soto Moreno, E. (2008). Vocación de herencia. El concepto de hospitalidad en Jacques Derrida y Emmanuel Levinas. Barcelona: Universitat de Barcelona, Facultat de Filosofia, Departament de Filosofia Teorètica i Pràctica. Programa de doctorado: Tradicions i crisis. Tesis Doctoral. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/276159/ESML.TESIS.pdf;sequence=1>
- Tomillo Noguero, F. (2013). La hospitalidad como condición necesaria para el desarrollo local, en *Revista Hospitalidade*, Vol. X, No. 2, pp. 161-212. Recuperado de <https://www.rev Hosp.org/hospitalidade/article/download/530/541>
- Toro, J. B. (2014a). El cuidado: el nuevo paradigma ético de la educación – 1 Parte. [Video en YouTube] (Vol. 1). Universidad de Buenos Aires. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=fgOfFWiD_aM;
- Toro, J. B. (2014b). El cuidado: el nuevo paradigma ético de la educación – 2 Parte. [Video en YouTube] (Vol. 2). Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fAdykRLNqIU>
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York-London: Routledge.
- Veiga-Neto, A. J. (comp.), (1997). *Crítica pos-estructuralista y educación*. Barcelona: Laertes S.A. de Ediciones.
- Vélez, M. (2008). *Salud: negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia*. Bogotá: Editorial: Ediciones Aurora, junio.
- (2016). *La salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis*. Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.S., enero.
- Vélez Upegui, M. (2011). *Dar acogida: (el motivo de la hospitalidad en la telemaquia de Homero)*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Veyne, P. (1994). *Cómo se escribe la historia: Foucault revoluciona la historia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Waxman, A. (2004). Who Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, *Food and Nutrition Bulletin*, January 1. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/156482650402500310>

